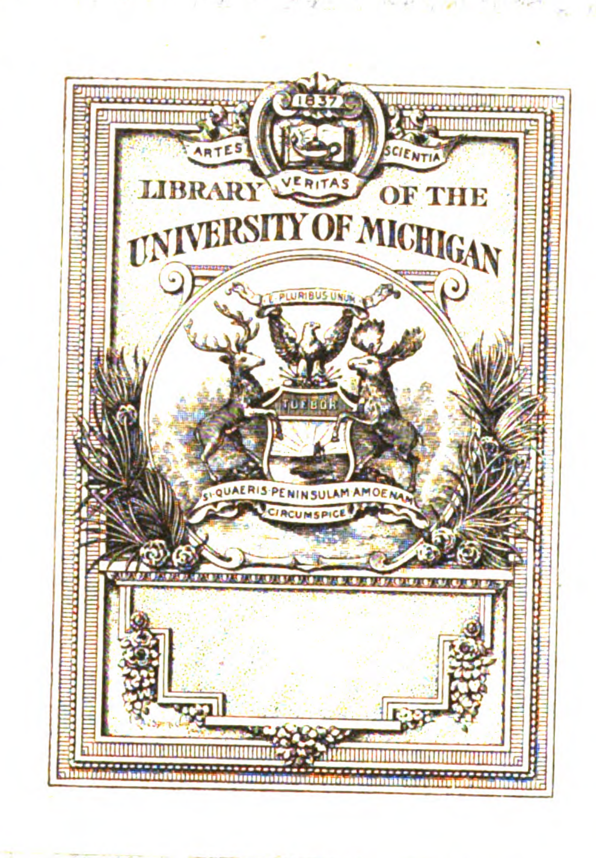
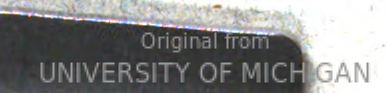
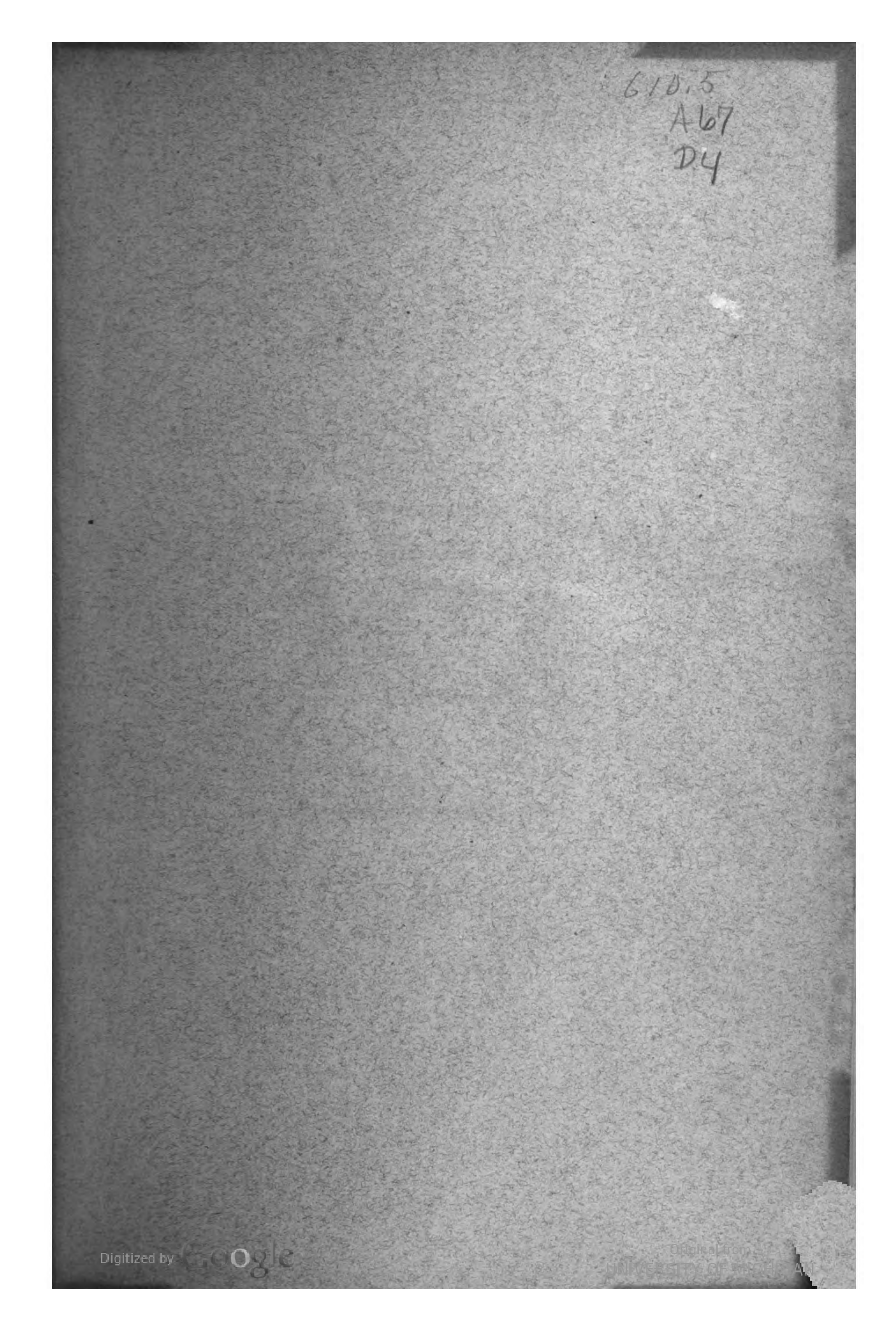
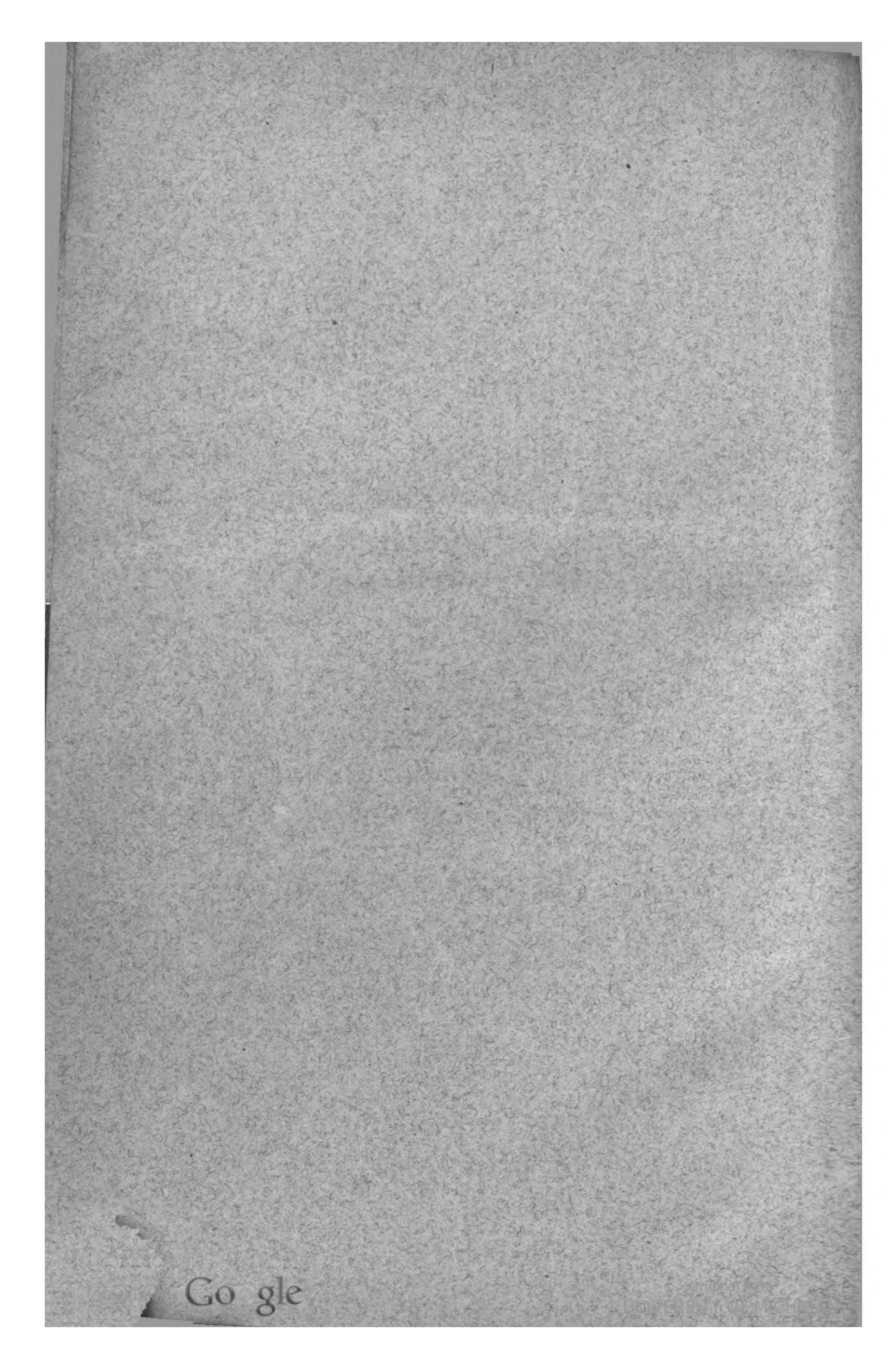

1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE


Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN





Begründet von **H. Auspitz** und **F. J. Pick.**

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL Dr. ANDERSON, ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Prof. RILLE, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHUMACHER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg, **Prof. Doutrelepont**, Bonn, **Prof. Kaposi**, Wien, **Prof. Lesser**, Berlin, **Prof. Neisser**, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

Achtundvierzigster Band.



Mit vier Tafeln.

Wien und **Leipzig.**
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1899.

K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.



Inhalt.

Original-Abhandlungen.

Pag



Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Originalabhandlungen.



Mercuriol.

Ein neues Quecksilberpräparat aus metallischem, nach einer neuen Methode fein vertheiltem Quecksilber.*)

Von

Arvid Blomquist,
gepr. Apotheker und Laborant an der Apotheke Ugglan in Stockholm.

Mit dem Namen Mercuriol bezeichne ich ein von mir dargestelltes Quecksilberpräparat, welches nach einer neuen, von mir erfundenen Methode, das Quecksilber fein zu vertheilen. bereitet wird. Diese Methode gründet sich auf das bisher unbekannt gewesene Verhältniss, dass Amalgame der Metalle der alkalischen Erdarten und der Metalle Litium, Aluminium und Magnesium sich äusserst leicht in jeden beliebigen indifferenten Stoff fein vertheilen lassen, gleichviel ob dieser Stoff pulverförmig, halbfest oder flüssig ist. Diese Amalgame halten das Quecksilber sehr lose gebunden, und dasselbe wird daher sehr leicht frei, während das amalgamirte Metall bei Zutritt von Wasserdämpfen und Luft in Oxyd, resp. Oxydhydrat, übergeht.

Das Präparat Mercuriol ist hauptsächlich für die Mercurialbehandlung der Syphilis nach der von Herrn Professor Edv. Welander in Stockholm erfundenen und von ihm schon früher veröffentlichten Methode der Inhalation von Quecksilberdämpfen, wobei das Quecksilberpräparat in einem Säckchen angewendet wird, bestimmt.

*) Nach einem Vortrage, gehalten in der Gesellschaft der schwedischen Aerzte zu Stockholm.



Das Mercuriol ist ein graues, ziemlich lockeres, festhaftendes Pulver, das 40 Procent metallisches Quecksilber in äusserst feiner und gleichmässiger Vertheilung enthält. In physikalischer Hinsicht unterscheidet es sich von den bisher dargestellten extingirten Quecksilberpräparaten dadurch, dass das Quecksilber in ihm nicht in der Form von Kügelchen, sondern, wenn ich so sagen darf, in amorpher Form enthalten ist. Mit dem Mikroskop lassen sich in diesem Präparat selbst bei einer zweihundertmaligen Vergrösserung keine Quecksilberkügelchen nachweisen, sondern es zeigt dasselbe durch und durch ein gleichförmiges Aussehen von kleinen, scharfkantigen Partikeln, welches Aussehen es auch bei einer längeren Anwendung im Säckchen beibehält. Das Quecksilber im Mercuriol kann als in gewissem Grade gebunden bezeichnet werden, denn es ist in ihm in der Form eines zwar unbeständigen, aber doch typischen Amalgams enthalten.

Den Anlass, mich mit der Frage von der Darstellung eines Quecksilberpräparates, das metallisches Quecksilber in möglichst fein vertheilter Form enthält, zu beschäftigen, gab mir ein Gespräch mit dem Assistenten der syphilidologischen Klinik am Krankenhause St. Göran zu Stockholm, Herrn Dr. G. Åhman, in welchem derselbe seiner Versuche erwähnte, Syphilis mit dem Präparat Hydrargyrum c. Creta der schwedischen Pharmakopoe zu behandeln, und den Wunsch äusserte, ein besseres Präparat in Pulverform als dieses zu erhalten. Seine Versuche waren nämlich nicht von dem gewünschten Erfolge gekrönt gewesen, was wahrscheinlich in zwei Factoren, theils in dem verhältnissmässig geringen Quecksilbergehalt des Hydrargyrums c. Creta, hauptsächlich aber in der ungleichmässigen und weniger feinen Vertheilung des Quecksilbers und dem dadurch bedingten geringeren Verdunstungsvermögen des betreffenden Präparates seinen Grund hatte. Es zeigte sich auch bei meinen mannigfaltigen Versuchen mit voller Klarheit, dass ein Präparat, ausschliesslich auf dem gebräuchlichen maschinellen Wege dargestellt, nicht zum Ziele führen konnte, da sich, wie bekannt, bei der Bereitung der Quecksilbersalben, Quecksilberpflaster und Quecksilberpulver grössere Quecksilberkügelchen bilden, wodurch die Verdunstungsfläche des Quecksilbers in recht we-

sentlichem Grade vermindert wird. Ich machte nämlich im Anfange Ausreibungen mit verschiedenen fettartigen Substanzen und vertheilte diese Ausreibungen sodann in einen pulverförmigen Stoff, weiter führte ich einige Reductionen von Quecksilbersalzen aus und vertheilte das dabei erhaltene Metallpulver von Quecksilber in geeigneter Weise in ein Constituens, erhielt aber weder in dieser, noch in jener Weise ein befriedigendes Präparat. Doctor Åhman erhielt zwar mit diesen Präparaten, namentlich mit dem durch die Reduction von Quecksilbersalz bereiteten, eine bessere Wirkung, als mit Hydrargyrum c. Creta, bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sie sich aber, da sie, gleich dem Hydrargyrum c. Creta, das Quecksilber in der Form von kleinen Kügelchen enthielten, die bei Druck und Reibung leicht zu grösseren zusammenflossen, als nur wenig besser als dieses Präparat, wozu noch hinzukam, dass die Methode mit reducirtem Quecksilber auch zu theuer und umständlich war, um eine praktische Bedeutung erhalten zu können. Bei fortgesetztem Experimentiren in der Absicht, ein befriedigendes und haltbares Präparat von feinvertheiltem Quecksilber in Pulverform darzustellen, richtete ich mein Augenmerk schliesslich auf die Amalgame der Metalle, und hier zeigte es sich nach ziemlich fleissigem Arbeiten, dass die Lösung der Frage zu finden war. Meine ersten Versuche mit Metallamalgamen galten den schweren Metallen, und von diesen natürlicherweise den für den menschlichen Körper am wenigsten gefährlichen, nämlich Zinn, Zink und Kadmium, aber die Amalgame dieser Metalle erwiesen sich ziemlich bald als unanwendbar, denn theils war das Quecksilber in ihnen so fest gebunden, dass wenig oder nichts verdunstete, theils enthielt das für die feine Vertheilung des Quecksilbers geeignete Amalgam ein gar zu grosses Procent fremden Metalls. Ein anwendbares Amalgam enthält nämlich nur ungefähr 70 Procent Quecksilber; 30 Procent fremdes Metall sind jedoch für ein Quecksilberpräparat eine allzu grosse Verunreinigung.

Es blieben also nur die leichten Metalle übrig, und von diesen verboten sich die Alkalimetalle von vorn herein von selbst. Die Amalgame der Alkalimetalle halten das Quecksilber zwar nur sehr lose gebunden, diese Metalle gehen aber



bei der Einwirkung von Luft und Wasser in scharf reizende Hydrate über, welche zerstörend auf das Hautgewebe einwirken.

Es hatte sich bezüglich des für den Zweck geeigneten Amalgams nach und nach der Wunsch geltend gemacht, dass das Metall, welches das Amalgam bildet, verhältnissmässig leicht oxydire, damit das Quecksilber unbehindert frei werden könne, das bei der Oxydation des Metalles entstehende Oxyd oder das durch die Einwirkung von Wasser sich entwickelnde Oxydhydrat nicht reizend sei und die Bildung eines geeigneten Amalgams nur eine geringe Menge Metall erfordere, so dass das Quecksilber so wenig wie möglich verunreinigt werde. Die Metalle, welche bei Berücksichtigung dieses Wunsches für die Darstellung eines geeigneten Präparates in Frage kommen konnten, waren also die Metalle der alkalischen Erdarten und Aluminium und Magnesium; bei ihnen war es nämlich wahrscheinlich, dass ihre Amalgame die genannten Eigenschaften zeigen würden.

Von diesen Metallen wählte ich zu meinen Versuchen, als am leichtesten zu erhalten, Aluminium und Magnesium. Die Amalgame dieser Metalle, welche bekannt sind, werden durch die Einwirkung von Natriumamalgam auf die betreffenden Chloride erhalten. Aluminiumamalgam lässt sich aber auch durch die Einwirkung von Quecksilberchlorid auf dieses Metall und Magnesiumamalgam direct durch Erhitzung von Quecksilber mit Magnesium darstellen. Der Umweg, die Amalgame durch Umsetzung der Chloride mit Natriumamalgam darzustellen, erwies sich als allzu zeitraubend und umständlich, um anwendbar zu sein und dazu war man nicht völlig sicher, stets ein Amalgam von constanter Zusammensetzung zu erhalten, was ja unumgänglich nothwendig ist, um ein befriedigendes Quecksilberpräparat darstellen zu können.

Es blieb also nur übrig zu versuchen, die Amalgame durch directe Vereinigung der Metalle mit Quecksilber darzustellen; dieses stiess jedoch gleich im Anfange auf grosse Schwierigkeiten. Das Aluminium liess sich nämlich nicht direct amalgamiren, und das Amalgam des Magnesiums bildete sich unter Feuerphänomenen und mit beinahe explosionsähnlicher Heftigkeit, wobei ein grosser Theil des Magnesiums zu Oxyd



verbrannte, was zur Folge hatte, dass die Zusammensetzung des Amalgams nicht constant war.

Nach zahlreichen und langdauernden Versuchen, das Aluminium- und Magnesiumamalgam direct darzustellen, fand ich schliesslich, dass das Alkalihydrat ein Stoff ist, welcher die Amalgambildung gleichsam einleitet. Ein Zusatz von einer geringen Menge Alkalihydrat hatte die Wirkung, dass sich das Magnesiumamalgam ruhig und still, ohne Feuerphänomene oder Explosionen, bildete und das Aluminium sich ohne grössere Schwierigkeit direct amalgamiren liess. Die Wirkung, welche das Alkalihydrat bei der Amalgambildung ausübt, dürfte zunächst als von katalytischer Natur zu betrachten sein. (Die Amalgame von Magnesium und Aluminium bilden sich erst. wenn das Quecksilber seinen Siedepunkt erreicht hat, weshalb die Darstellung derselben in hohem Grade gesundheitsschädlich ist und besondere Schutzmassregeln erfordert.)

Die Methode, Quecksilberpräparate, welche fein vertheiltes Quecksilber enthalten, mit Anwendung der ebengenannten Reaction für den Amalgamationsprocess darzustellen, dürfte sich deshalb, ungeachtet ihrer sehr grossen Vortheile im Uebrigen, hauptsächlich nur für die fabriksmässige Herstellung dieser Präparate eignen, bei welcher sich ohne Schwierigkeit völlig sichere Schutzmassregeln treffen liesen.

Zur Bereitung von Mercuriol wandte ich im Anfange ausschliesslich Magnesiumalgam an; als ich es dann aber gelernt hatte, auch Aluminiumamalgam darzustellen, führte ich mit diesen Amalgamen. sowohl für sich allein, wie mii einander vermischt, eine Anzahl Versuche aus, welche zeigten, dass das Quecksilber aus einer Mischung von Aluminium- und Magnesiumamalgam leichter frei wird, als aus einem dieser Amalgame allein. In Folge dieser Beobachtung wird nun das Mercuriol in seiner gegenwärtigen Gestalt aus einer Mischung von Aluminium- und Magnesiumamalgam mittelst einer durch mechanische Zerreibung bewirkten feinen Vertheilung in einen indifferenten Stoff, der hier aus Kreide besteht, dargestellt. Die Amalgame von Magnesium und Aluminium lassen sich, sowohl für sich allein, wie auch miteinander vermischt, sehr leicht äusserst fein vertheilen. Die Amalgame zeigen bei der Zer-



reibung ein vollständig amorphes Aussehen und behalten diese Eigenschaft in den aus ihnen dargestellten Präparaten. Die Anwendung des Amalgamirungs-Verfahrens ermöglicht es, metallisches Quecksilber in die allerfeinste Vertheilung zu bringen, wodurch die Verdunstungsfläche des Quecksilbers besonders gross wird, was, wenn es sich um die Inhalation von Quecksilberdünsten handelt, von grösstem Gewicht ist. Nach Herrn Professor E. Welander geschieht die Aufnahme des Quecksilbers in den menschlichen Körper bei äusserlicher Behandlung hauptsächlich durch die Respirationsorgane, und es ist dann selbstverständlich, dass das Quecksilber für diese Behandlung möglichst fein vertheilt und mit einem Constituens verbunden sein muss, welches seine Verdunstung so wenig wie möglich verhindert. Ein pulverförmiges Präparat dürfte deshalb dem Streben des Quecksilbers, in Gasform überzugehen, einen viel geringeren Widerstand darbieten, als die Salbe, in der ja die Fettpartikel das Quecksilber gleichsam wie eine schützende Hülle umgeben.

Das Mercuriol bildet ein pulverförmiges Präparat, in welchem das Quecksilber so zu sagen in amorpher Form vorhanden ist und weder bei Druck, noch bei Reibung in Kügelchen abgeschieden wird. Wenn man etwas Mercuriol in der Hand reibt, so wird das Aussehen des Präparates immer dunkler und schliesslich ganz schwarz, wobei sich gleichzeitig ein Gefühl von Wärme bemerkbar macht, worauf bei fortgesetzter Reibung kleine Quecksilberkügelchen hervortreten. Mercuriol, der Einwirkung von Wärme, Luft und Feuchtigkeit ausgesetzt, zersetzt sich nämlich sehr leicht, indem das Aluminium-Magnesiumamalgam in seine Bestandtheile zerfällt, wobei das Aluminium und das Magnesium oxydiren und das Quecksilber frei wird. Die Feinvertheilung des Quecksilbers wird hierdurch in äusserst hohem Grade vermehrt, indem die Amalgampartikel gleichsam dadurch zersprengt werden, dass das Aluminium und das Magnesium in Oxydhydrate, resp. Oxyde, übergehen, welche für das Präparat neuer Stoffe ihrerseits durch ihr grösseres Volumen, die aus den Amalgampartikeln frei gewordenen kleinen Quecksilberkügelchen verhindern, zu grösseren Kügelchen zusammenzufliessen.

Die Verdunstungsfläche des Quecksilbers im Mercuriol wird folglich proportional mit der Schnelligkeit, mit welcher die Oxydation der amalgamirten Metalle stattfindet, mehr und mehr vergrössert, weshalb man vergleichsweise sagen kann, dass das Mercuriol durch seine Eigenschaft, sich bei der Application zu zersetzen, eine täglich gesteigerte Menge von Quecksilberdünsten entwickelt. Die bei der Application von Quecksilber angewendeten, von Herrn Professor E. Welander erfundenen Säckchen erfüllen bei derselben eine sehr wichtige Mission, dies vor allem durch ihre grosse Fläche, besonders aber dadurch, dass sie durch ihr Adhäsionsvermögen das Mercuriol verhindern, sich zusammen zu ballen und auf dem Boden des Säckchens anzusammeln. Die von Herrn Dr. Åhman eingeführte Modification von Herrn Professor Welanders Säckchen-Methode mit wolliger Innenseite des Säckchens hat sich für die Application des Mercuriols namentlich in solchen Fällen als besonders geeignet erwiesen, wo die Patienten, wie z. B. auf Reisen, gezwungen sind, täglich in Bewegung zu sein. Eine beachtenswerthe Eigenschaft des Mercuriols ist auch die, dass das Entstehen der Oxydverbindungen des Quecksilbers in ihm so gut wie ganz ausgeschlossen ist, theils weil das Magnesium ein besonders kräftiges Reductionsmittel bildet, theils weil sich bei der Zersetzung der Amalgame Wasserstoffgas entwickelt, das in statu nascenti wirkt.

Um das Anhaftungsvermögen des Mercuriols zu vermehren und zu verhindern, dass die Oxydation der amalgamirten Metalle allzu schnell verläuft, ist ihm etwas Fett beigemischt. Dieses Fett wird allmälig von den Säckchen aufgesaugt, weshalb dieselben nach einiger Zeit, um ihre Permeabilität nicht zu verlieren, erneuert oder gewaschen werden müssen. Der Quecksilbergehalt des Mercuriols beträgt 40 Procent, doch findet sich principiell kein Hinderniss, ihn, wenn es sich als wünschenswerth erweisen sollte, eine kräftigere Quecksilberwirkung zu erhalten, auf 50—60, ja bis auf 80 Procent zu erhöhen. Das Verfahren, welches der Darstellung von Mercuriol zu Grunde liegt, kann mit ausgezeichnetem Resultat auch für andere Präparate, z. B. für Salben und Pflaster, in welche exstingirtes Quecksilber als wirksamer Bestandtheil eingeht,



angewendet werden; dieselben gewinnen durch die Anwendung dieser Methode an Homogenität, und dazu dürfte sich ihre Quecksilberwirkung in höchst bedeutendem Grade vermehren. Für Präparate, welche für inneren Gebrauch bestimmt sind, ist dagegen das Verfahren nicht anwendbar, weil sich das Amalgam bei der Einwirkung von Wasser unter starker Wasserstoffgasentwickelung sehr heftig zersetzt.

Ich habe deshalb bereits angefangen, mich mit der Darstellung eines für den inneren Gebrauch geeigneten Präparates, in der Form von Pillen oder, für die Behandlung von Kindern, in der Form von Emulsion zu beschäftigen, das die letztgenannte Ungelegenheit nicht besitzt.

Das neue Quecksilberpräparat Mercuriol, über dessen Darstellung hier ein kurzgefasster Bericht geliefert worden ist, hat Herr Dr. G. Åhman hinsichtlich seiner therapeutischen Bedeutung in dem Krankenhause St. Göran einer gründlichen und sachlichen Untersuchung unterworfen. Das Ergebniss dieser Untersuchungen wird Herr Dr. Åhman selbst mittheilen.

Diese Untersuchungen und zugleich auch meine eigenen in Betreff der chemischen Verhältnisse des Mercuriols sind mit grossem Interesse von Herrn Professor Welander überwacht und controlirt worden, und ich bitte, hier Herrn Professor Welander für das Wohlwollen und die Aufmerksamkeit, womit er meine Untersuchungen und Versuche verfolgt hat, meinen ergebensten Dank aussprechen zu dürfen.

Um das Mercuriol zu controliren, habe ich mittelst folgender Methode seinen Quecksilbergehalt quantitativ bestimmt: Eine gewisse Menge, ungefähr 2 Gr., Mercuriol wurde mittelst Salzsäure und chlorsaurem Kali unter gelindem Erwärmen in die respectiven Chloride übergeführt. Die Lösung der Chloride wurde mit einer Lösung von Zinnchlorür in Salzsäure versetzt und dann Alles bis zum Kochen erhitzt. Die ausgeschiedenen Metallkügelchen wurden so sorgfältig wie möglich von der Ausscheidungsflüssigkeit befreit, darauf zuerst mit Wasser, dann mit etwas Alkohol und schliesslich mit Aether abgewaschen und nachher als Metallkugel gewogen. Die Analyse wurde in einem Kolben ausgeführt, in dem eine knieförmig gebogene Glasröhre von der Länge eines Meters für die Aufsammlung

möglicherweise verdunsteten Quecksilbers eingefügt war. Die Zinnchlorürlösung wird durch die Glasröhre zugesetzt und dann mit Wasser nachgespült. Bei passendem Lumen der Glasröhre bleibt in derselben etwas Wasser zurück und thut dann als Wasserschloss Dienst. Die Methode ist äusserst einfach und leicht anzuwenden. Sie gibt zwar keine absolut richtigen Werthe, ist aber für den praktischen Gebrauch, wenn man eine Menge Analysen auszuführen hat, vollkommen anwendbar und hat den Vortheil, dass alle Filtrirung wegfällt und die Waschung auf eine Unbedeutenheit beschränkt wird.

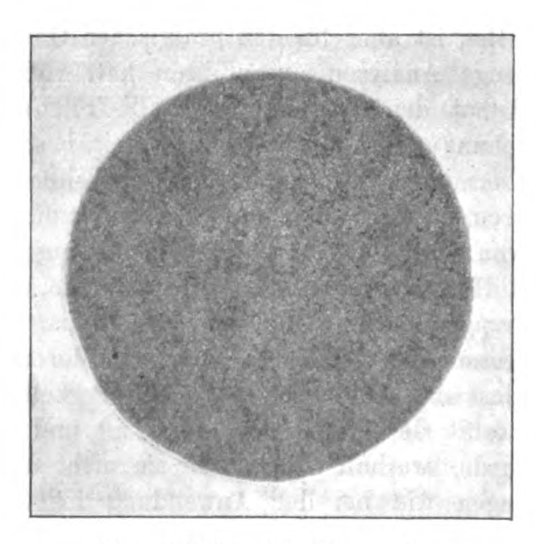
Um zu ermitteln, wie gross die Quecksilberverdunstung aus dem Mercuriol ist, wenn dasselbe eine gewisse Zeit der Einwirkung von Luft und feuchter Wärme ausgesetzt wird, habe ich, mit Hilfe der eben erwähnten Methode, einige Reihen von Untersuchungen in dieser Richtung ausgeführt. Diese Untersuchungen liessen sich jedoch in keiner anderen Weise ausführen, als dass das Mercuriol in flachen Porzellanschalen in einem Thermostat der Einwirkung von Luft und Feuchtigkeit ausgesetzt wurde, weshalb ihnen, da sie nicht unter denselben Bedingungen wie bei der Anwendung des Mercuriols in einem Säckchen ausgeführt worden sind, nur ein theoretischer Werth beizumessen ist. Proben direct aus dem Säckchen zu nehmen, lassen sich nicht ausführen, denn dann würde man, da die Fasern des Säckchens die leichteren Partikel hartnäckig festhalten und nur die schwereren, also quecksilberreichsten loslassen, als Ergebniss eine Vermehrung, anstatt einer Verminderung des ursprünglichen Quecksilbergehaltes erhalten.

Der Gehalt an Hg war nämlich in einer aus einem Säckchen abgesiebten Probe von 40 Proc., dem ursprünglichen Gehalt des Mercuriols an Hg, auf 48 Proc. gestiegen. Durch die Untersuchungen, die ich mit Hilfe des Thermostates ausgeführt habe, ist jedoch dargethan worden, dass sich der Quecksilbergehalt des Mercuriols von Tag zu Tag vermindert. In drei Tagen war er um 3·4, in fünf Tagen um 4·2 und in zehn Tagen um 7·6 Procent u. s. w. gesunken. Die zuverlässigste Art, die Grösse der Quecksilberverdunstung zu constatiren, ist jedoch offenbar die, von Zeit zu Zeit zu bestimmen, wie gross die Elimination ist.

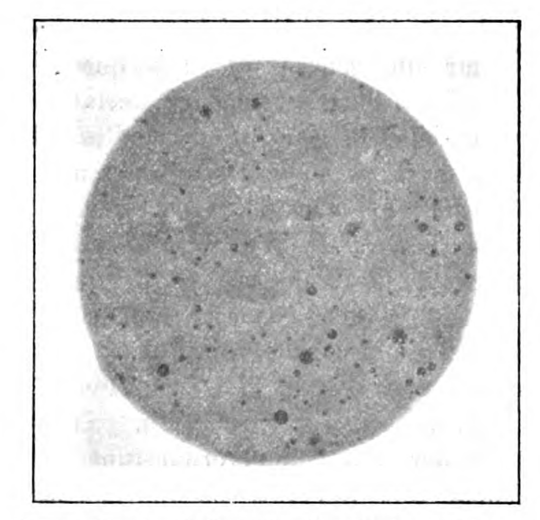


Vergleichende mikroskopische Photographien von Mercuriol und in gewöhnlicher Weise extingirten Quecksilberpräparaten

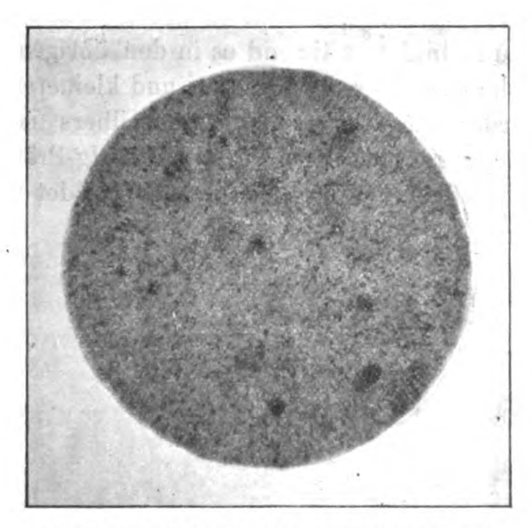
bei 250-maliger Vergrösserung.



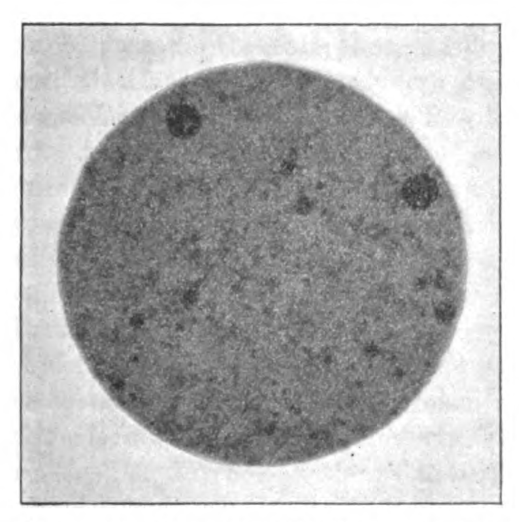
Mercuriol (Blomquist) 40 Procent Hg.
250-mal vergrössert.



50-procentige **Quecksilbersalbe** (Ung. Hydrargyri fortius)
250-mal vergrössert.



20-procentige **Quecksilbersalbe** (Ung. Hydrargyri)
250-mal vergrössert.



$33^1/_3$-procentige **Quecksilberkreide** (Hydrargyr. c. Creta)
250-mal vergrössert.

Die vorstehenden Figuren zeigen den grossen Unterschied in der Feinvertheilung des Quecksilbers im Mercuriol und den in maschineller Weise extingirten Quecksilberpräparaten. Im Mercuriol ist das Quecksilber auf das innigste mit dem in-

differenten Stoffe vereinigt, indem es um die Partikelchen desselben eine Hülle bildet, während es in den übrigen Präparaten die gewöhnliche Gestalt von grösseren und kleineren Kügelchen hat. Die Verdunstungsfläche des Quecksilbers ist daher im Mercuriol viel grösser als in den anderen Hg-Präparaten, wo sie von der Oberfläche seiner Kügelchen gebildet wird.

Aus Professor E. Welander's syphilidologischer Klinik im Krankenhause St. Göran zu Stockholm.

Ueber die Behandlung von Syphilis mit Mercuriol.

Von

Dr. **G. Åhman,**

ehemals I. Assistent am Krankenhause St. Göran in Stockholm.

Die Kenntniss von dem Vermögen des Quecksilbers, bei gewöhnlicher Zimmertemperatur und noch mehr bei höherer Temperatur (z. B. der Körpertemperatur) zu verdunsten, ist alt. Es ist deshalb kein Wunder, wenn von Vielen die Ansicht verfochten wurde, dass die Hg-Absorption bei der Einreibungscur nicht durch die Haut geschieht, sondern dass das Quecksilber in Gasform hauptsächlich durch den Respirationsapparat resorbirt wird. Auf diese Anschauungsweise gegründet, sind schon vor langer Zeit Modificationen der Einreibungscur vorgeschlagen worden; im letzten Decennium sind neue Modificationen von Merget, Welander u. A. angegeben und versucht worden. Ueber Merget's „flanelles mercurielles" habe ich keine persönliche Erfahrungen. Versuche, die Professor Welander gemacht hat, sich solche „flanelles" von Paris zu verschaffen, sind erfolglos gewesen, woraus hervorzugehen scheint, dass Merget's Methode dort nur wenig angewandt wird.

Welander, der durch eine Menge Experimente zu der Ansicht gelangt ist, dass wir in der Einreibungscur eigentlich nur eine Inhalationscur zu sehen haben, hat diese Theorie in Praxis umgesetzt. Eine Reihe von Jahren hat er im Krankenhause St. Göran zu Stockholm seine sogen. Ueberstreichungscur angewandt, bei welcher die Salbe, anstatt in die Haut eingerieben zu werden, nur auf ihr ausgestrichen und der betreffende Körpertheil dann, um die Kleider zu schützen, mit



dafür bestimmten Ueberzügen von Zeug bedeckt wird. (Welander E., Ueber die Behandlung von Syphilis mittelst Ueberstreichens — nicht Einreibens — von Mercurialsalbe. Archiv f. Dermatologie und Syphilis, 1893, Ergänzungsheft 1.) Ist die genannte Anschauungsweise in Betreff der Resorption des Quecksilbers richtig, so ist es klar, dass man mit dieser Behandlung dasselbe Resultat wie mit der Einreibungscur erreichen muss. Und dieses ist auch der Fall. Abgesehen davon, dass die therapeutischen Resultate bei Anwendung dieser Form der Hg-Behandlung besonders gute gewesen sind, so hat Welander, und darin liegt gerade der Schwerpunkt seiner Untersuchungen, auch dargethan, dass bei dieser Cur die Hg-Elimination durch die Nieren (und also auch die Hg-Absorption, gleichviel auf welchem Wege sie geschehen mag) ebenso gross wie bei Anwendung der Einreibungscur gewesen ist.

Die Vortheile der Methode sind leicht einzusehen. Eine Ueberstreichung mit Mercurialsalbe erfordert, was in einem Krankenhause von grosser Bedeutung ist, viel weniger Zeit und Arbeit, als eine Einreibung mit dieser Salbe. Ausserdem hat sich bei dieser Behandlung in der Frequenz der Mercurialdermatitiden eine bedeutende Abnahme gezeigt.

Da es sich zeigte, dass diese „Ueberstreichungen" die Einreibungscur vollständig ersetzen können, that Welander einen ferneren und völlig consequenten Schritt in derselben Richtung. Anstatt die Salbe auf der Haut auszustreichen, lässt er sie nunmehr in einer dünnen Schicht in einem Säckchen aus Baumwolle, Leinen oder Wolle, das in seiner Form dem Ueberzuge eines Kopfkissens gleicht, ausbreiten, dabei von der Ansicht ausgehend, dass die Verdunstung des Quecksilbers hinreichend gross sein muss, wenn nur die Verdunstungsfläche desselben eine genügende Grösse erhält und die Salbe einer hinreichend hohen Temperatur (d. h. der Körperwärme) ausgesetzt wird. Dieses ist auch, wie es sich gezeigt hat, der Fall. Welander hat dargethan, dass die Elimination von Hg bei dieser letzten Modification der Mercurialbehandlung ebenso reichlich wie bei der Einreibungscur und den „Ueberstreichungen" ist. Die therapeutischen Resultate, die mit dieser Methode im Krankenhause St. Göran, wo sie in grossem Maassstabe zur

Anwendung kam, erreicht wurden, waren, wovon ich mich dort selbst habe überzeugen können, ausserordentlich gut (Welander E., Ueber eine einfache, therapeutisch kräftige Methode der Anwendung von Unguentum hydrargyri. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1897. Band XL.)

Diese Behandlungsweise ist für die Patienten sehr bequem und reinlich. In einem Krankenhause wird durch sie die Arbeit des Personales bedeutend vermindert und auch die Bäder können in geringerem Maasse angewandt werden. Bei ambulanter Praxis sind ihre Vortheile noch grösser. Der Patient hat es unvergleichlich leichter, sich zu pflegen; er kann, sofern er keine Symptome hat, das Säckchen für eine Weile ablegen und ohne sich zu compromittiren, ein Bad nehmen u. s. w. Die Hg-Dermatitis tritt entschieden seltener als bei der Einreibungscur auf.

Eine kleine Ungelegenheit haftet dieser im Uebrigen so angenehmen Form von mercurieller Behandlung doch an. Diese Ungelegenheit, die zwar in Anbetracht der grossen Vortheile der Methode nur von geringer Bedeutung ist, führe ich hier nur deshalb an, weil sie Anlass zu der Untersuchung gab, über welche ich hier berichten will. Wenn man ein „Säckchen" eine längere Zeit täglich mit Ung.-Hydrargyri bestreicht, so liegt es in der Natur der Sache, dass theils das „Säckchen" von dem sich anhäufenden Fett allmälig mehr oder weniger schmutzig wird, theils das Salbenfett gleichzeitig das Zeug imprägnirt und es für die Luft mehr oder weniger impermeabel macht, weshalb sich das „Säckchen" gegen das Ende der Cur in gewissem Grade für die Hauttranspiration hinderlich zeigt und die Patienten sich auf der Haut unter demselben feucht und schwitzig fühlen. Diese geringe, gewiss nur ganz unwesentliche Ungelegenheit brachte mich auf den Gedanken, die Salbe gegen ein quecksilberhaltiges Pulver auszutauschen, wobei ich zunächst an Hydrargyrum c. creta dachte, ein Präparat, das schon früher von Balzer äusserlich gegen die Syphilis angewandt worden ist. Wenn man Welander's Anordnung mit seinem sogen. „Säckchen" beibehielte, anstatt der Salbe aber ein Pulver anwendete, das Quecksilber in äusserst fein vertheilter Form enthielte und das von solcher Beschaffenheit wäre, dass es

nicht staubte, sondern an einem geeigneten Zeuge haftete und in dasselbe eindränge, würde man eine wesentlich verbesserte Modification der Welander'schen „Säckchen"-Methode erhalten. Ein solches mit Pulver imprägnirtes „Säckchen" würde für die Luft vollständig permeabel und für die Hauttranspiration nicht hinderlich sein. Brauchte man die Salbe nicht mehr anzuwenden, wäre dieses auch für die Reinlichkeit von grossem Vortheil. Ich machte also mit Hydrargyrum c. creta Versuche. war aber mit diesem Präparate nicht zufrieden. Es staubte nämlich sehr und die in ihm enthaltene Kreide verursachte, wenn sie auf die Haut kam, ein unbehagliches Gefühl. Die Untersuchungen des Harns, die ausgeführt wurden, erwiesen indessen eine ziemlich gute Hg-Elimination, weshalb ich beschloss, mit den Versuchen fortzufahren, mir aber, wenn möglich, ein besseres Präparat zu verschaffen. An dieses Präparat musste ausserdem die Forderung gestellt werden, dass das Quecksilber in ihm viel feiner und gleichmässiger als in Ung.-Hydrargyri und Hydrargyrum c. creta vertheilt sei. Die Pharmakopöen fordern bekanntlich nur, dass sich in dem Präparate keine Quecksilberkügelchen mit unbewaffnetem Auge entdecken lassen. Welander hat hervorgehoben, dass die Verdunstungsfläche möglichst gross sein müsse, und es ist ja klar, dass sie in einem pulverförmigen Präparate um so grösser ist, je feiner die Hg-Partikeln in ihm vertheilt sind. Da ich mich bei meinem Suchen nach einem solchen Präparat mit verschiedenen Pharmaceuten berieth, kam mir einer derselben, Herr Arvid Blomquist in Stockholm, dadurch zu Hilfe, dass er eine ganz neue und originelle Methode ausarbeitete, das Quecksilber fein zu vertheilen.

Die Methode, über welche Herr Blomquist im Vorhergehenden selbst berichtet, gründet sich auf das bisher unbekannt gewesene Verhältniss, dass sich die Amalgame der Metalle Litium, Aluminium und Magnesium in jedem indifferenten Stoffe, gleichviel ob derselbe pulverförmig, halbfest oder flüssig ist, äusserst leicht vertheilen lassen. Das pulverförmige Quecksilberpräparat, das Herr Blomquist dargestellt und Mercuriol benannt hat, ist ein graues, ziemlich lockeres und anhaftendes Pulver, das 40 Procent metallischen Quecksilbers in äusserst

feiner und gleichmässiger Vertheilung enthält. In physikalischer Hinsicht unterscheidet es sich von den „exstingirten“ Hg-Präparaten der Pharmakopöen dadurch, dass es das Quecksilber nicht in Kügelchen, sondern sozusagen in amorpher Form enthält. Unter dem Mikroskop lassen sich im Mercuriol sogar bei 200-facher Vergrösserung keine Quecksilberkügelchen nachweisen, sondern es zeigt dasselbe durch und durch ein gleichförmiges Aussehen von kleinen scharfkantigen Partikeln. Man kann sagen, dass das Quecksilber im Mercuriol in gewissem Grade chemisch gebunden ist, denn es findet sich in ihm in der Form eines zwar unbeständigen, aber doch typischen Amalgams, nämlich eines Mischamalgams mit Aluminium und Magnesium. Wird das Mercuriol, wie z. B. bei der Applicirung in einem auf dem Körper getragenen „Säckchen,“ der Einwirkung von Luft und Feuchtigkeit ausgesetzt, so kommt in ihm eine Zersetzung zu Stande, wobei die amalgamirten Metalle oxydiren, während gleichzeitig das Quecksilber nach und nach frei wird. Die Feinvertheilung des Quecksilbers wird durch den Oxydationsprocess in äusserst hohem Grade vermehrt, indem bei demselben jedes kleine Amalgampartikel sich zersetzt, wobei die sich bildenden Oxyde, resp. Oxydhydrate, durch ihr grösseres Volumen die frei gewordenen, äusserst kleinen Quecksilberpartikel hindern, zu grösseren (Kügelchen) zusammenzufliessen. Die Verdunstungsfläche des Quecksilbers vermehrt sich also in dem Verhältniss, in welchem die Oxydation fortschreitet, von Tag zu Tag. Durch gewisse Massregeln hat es Blomquist dahin gebracht, dass der Oxydationsprocess ruhig und ohne heftige Reactionen verläuft. Um darzulegen, wie schnell das Quecksilber aus dem Mercuriol verdunstet, hat er einige Serien Untersuchungen ausgeführt, die er in dem vorstehendem Aufsatz über das Mercuriol mittheilt.

Das hier beschriebene Präparat habe ich für die Behandlung der Syphilis unter Beibehaltung von Welanders Anordnung mit dem „Säckchen“ angewandt, das aber, um die Umkehrung desselben bei Applicirung jeder neuen Dosis zu vermeiden, am Rande nicht zusammengenäht, sondern nur mittelst Knöpfen zusammengehalten war. Zu einem solchen „Säckchen“ eignen sich, da das Mercuriol, wenn es vorsichtig



ausgebreitet wird, beinahe vollständig am Zeuge haften bleibt, Baumwolle und Leinen sehr gut. Noch besser eignen sich dazu aber Zeugsorten, die an der einen Seite wollicht sind. In ein aus solchem Zeuge gefertigtes Säckchen kann man kolossale Mengen Mercuriol legen und in einem Tage ist es so in das Zeug eingedrungen, dass es kaum möglich ist, eine nennenswerthe Menge dieses Pulvers von ihm abzukratzen. Bei der Dosirung bin ich gewöhnlich so zu Wege gegangen, dass ich die ersten fünf bis zehn Tage täglich und dann bis zum Ende der Cur jeden zweiten Tag 5 Gr. Mercuriol in dem Säckchen habe ausbreiten lassen. Die Dauer der Cur wechselt zwischen 30 und 40 Tagen. Diese ganze Zeit kann man dasselbe Säckchen gebrauchen, was sich nicht thun lässt, wenn Salbe angewendet wird, weil dann das Säckchen nach ein paar Wochen allzu schmutzig ist, eine Ungelegenheit, der man jedoch leicht dadurch abhilft, dass man ein neues Säckchen nimmt.

Wenn man nun den Werth einer Mercurialbehandlungsmethode beurtheilen will, so hat man, scheint es mir, eigentlich nur zwei Umstände in Betracht zu ziehen, nämlich 1. die Hg.-Elimination durch die Nieren und 2. die therapeutischen Ergebnisse. Möglicherweise kann man dabei auch auf die Frequenz eingetretener toxischer Wirkungen Rücksicht nehmen. Diese, über welche ich weiter unten einige Worte äussern werde, geben indessen wegen der Unregelmässigkeit, mit der sie auftreten, keine so werthvollen Haltepunkte für unsere Beurtheilung, wie die vorausgenannten Umstände.

Was die Einwirkung des Hg auf die syphilitische Krankheit betrifft, so dürfte wohl anzunehmen sein, dass sich das in der einen oder anderen Weise in den Organismus eingeführte Hg, um seine therapeutische Wirkung ausüben zu können, in der circulirenden Blutmasse in hinreichender Menge finden muss; ist es erst einmal dort, so übt es auch seine Wirkung aus, gleichgiltig, in welcher Weise es dorthin gekommen ist. Die Hg-Absorption ist indessen, wie bekannt, bei den verschiedenen Formen von Hg-Behandlung verschieden gross; da wir aber auf der anderen Seite wissen, dass das Hg, das in der Blutmasse circulirt, constant durch die Nieren eliminirt wird (Welander E., Undersökningar om quicksilfrets upptagande i och afskiljande ur menniskokroppen

[Untersuchungen über die Aufnahme des Quecksilbers in den menschlichen Körper und seine Ausscheidung aus demselben] Nord. Med. Arkiv, 1886, Bd. XVIII), so folgt daraus, dass man durch die Untersuchung der Grösse der Hg-Elimination in jedem einzelnen Falle ein Urtheil über die Grösse der Hg.-Absorption gewinnen kann. Untersuchungen über den Quecksilbergehalt des Harns geben uns also den sichersten Anhaltspunkt für die Beurtheilung einer jeden neuen Form von Hg-Behandlung. Ich habe deshalb solche Untersuchungen in 30 mit Mercuriol behandelten Fällen anstellen lassen. Die Methode, die dabei angewandt wurde, ist die Almén-Schillberg'sche. Ohne mich auf eine eingehendere Kritik dieser Methode, die sich in der zuletzt citirten Arbeit von Welander beschrieben findet, einzulassen, will ich hier hervorheben, dass sie, obschon sie die Hg-Menge nicht in exacten Zahlen angibt, doch von dem grössten Werthe ist, da sie es durch ihre grosse Einfachheit ermöglicht, Untersuchungen in grosser Menge auszuführen und sich dadurch ein Urtheil über die relative Grösse der Hg-Elimination zu bilden. Ein geübter Untersucher kann, ohne sich dabei anders als in seltenen Fällen in nennenswerthem Grade zu irren, nach der Menge und Grösse der in einem Präparate enthaltenen Hg-Kügelchen annäherungsweise angeben, wie viele Einreibungen, Injectionen oder Dosen Mercuriol etc. ein Patient erhalten hat. Die Untersuchungen des Harns auf Hg, die ich in den genannten 30 Fällen habe ausführen lassen, sind von dem Apotheker A. Schillberg bewerkstelligt worden. Dadurch haben diese Untersuchungen ohne Zweifel eine viel grössere Präcision erhalten, als es der Fall gewesen sein würde, wenn ich sie selbst ausgeführt hätte,[1]) wozu noch der Vortheil kommt, dass sie vollständig mit den von Prof. Welander mit Hilfe dieses Chemikers ausgeführten Untersuchungen der Hg-Elimination vergleichbar sind. Diese Vergleichbarkeit ist noch dadurch erhöht worden, dass Herr Prof. Welander die Mehrzahl meiner Präparate mikroskopisch besichtigt und solchergestalt die Richtigkeit der Ergebnisse meiner Untersuchungen constatirt hat.

---

[1]) Dem Herrn Apotheker A. Schillberg spreche ich hiermit für seinen werthvollen Beistand meinen wärmsten Dank aus.

Bei diesen Untersuchungen hat es sich nun gezeigt, dass in der oben angegebenen Weise mit Mercuriol behandelte Patienten während der Cur Hg in stets zunehmender Menge durch die Nieren eliminirten. Bei kritischen Vergleichungen von Versuchen, vorher bei Patienten angestellt, die in anderer Weise mit Hg behandelt wurden, hat sich die Hg-Elimination die ersten 14 Tage derjenigen unterlegen gezeigt, die bei der Injection von Acetothymolas hydrargyricus stattfindet, sich dagegen aber als vollkommen mit der Elimination von Hg bei der Einreibungscur, bei „Ueberstreichungen" (Welander) oder bei Behandlung mit Ung.-Hydrargyri in einem „Säckchen" (Welander) vergleichbar gezeigt. Gegen das Ende der Cur, nach 30 bis 40 Tagen, ist die Elimination von Hg in allen den untersuchten 30 Fällen höchst bedeutend, in mehreren derselben sogar so reichlich gewesen, dass ich, der ich Gelegenheit gehabt habe, Professor Welander's Präparatsammlungen im Krankenhause St. Göran zu sehen, nur ausnahmsweise eine grössere Elimination von Hg vorgefunden habe. Da ich des Raumes wegen nicht das Protokoll über alle Untersuchungen des Harnes mittheilen kann, wähle ich nur einige derselben als typische Beispiele aus.

G. A., 33 Jahre, Arbeiter (papulosquamöses serpiginirendes tertiäres Syphilid). Beginn der Behandlung den 13./IV. 98.

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew.	Menge und Beschaffenheit der Hg-Kügelchen
13./4.	355Gr.	1.017	Keine Hg-Kügelchen
24./4.	370 „	1.020	Ziemlich viele Hg-Kügelchen, darunter recht viele grosse
3./5.	355 „	1.021	Ein sehr grosses und viele recht grosse Hg-Kügelchen
15./5.	370 „	1.023	Eine grosse Menge grosser Hg-Kügelchen

L. N., 45 Jahre, verheiratete Frau (Exanthema maculopapulosum). Beginn der Behandlung den 13./IV. 98.

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harnmenge	spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
13./4.	370 Gr.	1.026	Keine Hg-Kügelchen
24./4.	350 „	1.012	Viele im allgemeinen kleine Hg-Kügelchen
4./5.	365 „	1.012	Eine grosse Menge meist kleiner und einige nicht kleine Hg-Kügelchen
13./5.	350 „	1.025	Eine grosse Menge ziemlich grosser Hg-Kügelchen
25./5.	365 „	1.009	Eine kolossale Menge Hg-Kügelchen, darunter viele ziemlich grosse

A. L. S., 20 Jahre, Tischler (Sclerosis, Adenitis, Papulae). Wurde in das Krankenhaus den 25./4. aufgenommen. Begann die Behandlung den 4./V. (War in der Zwischenzeit mit Patienten zusammen, die mit Hg. behandelt wurden und war dabei dem Personal des Krankenhauses behilflich.)

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harnmenge	spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
3./5.	370 Gr.	1.021	Einzelne kleine Hg-Kügelchen
14./5.	375 „	1.028	Eine bedeutende Menge nicht grosser Hg-Kügelchen
24./5.	360 „	1.016	Eine bedeutende Menge Hg-Kügelchen, darunter einige recht grosse
2./6.	365 „	1.025	Eine bedeutende Menge grösserer und kleinerer Hg-Kügelchen

Aehnlich gestaltete sich das Ergebniss der Unternehmungen in allen 30 Fällen und solchergestalt wurde durch diese Unter-

suchungsserie dargethan, dass das Quecksilber bei Behandlung mit Mercuriol lebhaft reborbirt und in continuirlich steigender Menge durch die Nieren eliminirt wird. Damit die Methode praktisch anwendbar sei, ist indessen noch eine Sache erforderlich, dass man nämlich den Körper lange Zeit unter dieser Einwirkung von Quecksilber halten kann. Es ergibt sich dann die Frage: Wie lange remanirt das in dieser Weise in den Organismus gelangte Queaksilber und wie lange dauert diese kräftige Elimination desselben durch die Nieren? Um diese Frage zu beantworten, sind eine Serie ähnlicher Untersuchungen ausgeführt worden, von denen ich die folgenden von Fällen anführen will, wo die Patienten vorher nie mit Hg behandelt worden waren.

E. E. K. M., 20 Jahre, Seemann (Sclerosis, Adenitis, Roseola). Wurde in das Krankenhaus den 21./5. aufgenommen und aus ihm den 23./6. entlassen. Neue Harnprobe den 11./8. (nach 49 Tagen). Hatte in der Zwischenzeit, gleich den folgenden Patienten, kein Hg. erhalten.

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
21./5.	370Gr	1.020	Keine Hg-Kügelchen
23./6.	360 „	1.017	Eine grosse Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen
11./8.	370 „	1.020	Einige recht grosse und eine Menge kleinerer Hg-Kügelchen

T. E. T., 20 Jahre, Schuhmacher (Sclerosis, Adenitis). Wurde in das Krankenhaus den 3./3. aufgenommen und aus ihm den 14./4. entlassen. Neue Harnprobe den 10./6. (nach 56 Tagen).

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
30./4.	265Gr.	1.020	Keine Hg-Kügelchen
10./6.	380 „	1.020	Eine höchst bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen
11./8.	355 „	1.018	Ein paar grosse, einige ziemlich grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen

K. G. J. S., 33 **Jahre**, Fleischer (Roseola). Wurde in das **Krankenhaus** den 23./3. aufgenommen und aus ihm den 22./4. entlassen. Neue Hornprobe den 4./7. (nach 73 Tagen).

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harn-menge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
23./3.	350Gr.	1.02	Keine Hg-Kügelchen
22./4.	355 „	1.027	Einige grössere, viele recht grosse und mehrere kleinere Hg-Kügelchen
4./7.	365 „	1.015	Mehrere grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen

G. N., 20 **Jahre**, Klempner (Sclerosis, Adenitis, Roseola). Wurde in das **Krankenhaus** den 14./3. aufgenommen und aus ihm den 14./4. entlassen. Neue Harnprobe den 29./6. (nach 76 Tagen).

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harn-menge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
4./3.	330Gr.	1.022	Keine Hg-Kügelchen
13./4.	340 „	1.011	Eine grosse Menge Hg-Kügelchen, darunter mehrere recht grosse
10./6.	360 „	1.020	Einige recht grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen

K. G. F. C., 31 **Jahre**, Bildhauer (Sclerosis, Adenitis, Roseola). Wurde in das **Krankenhaus** den 9./4. aufgenommen und aus ihm den 6./5. entlassen. Neue Harnprobe den 3./7. (nach 58 Tagen).



Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harn-menge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
10./4.	380Gr.	1.030	Keine Hg-Kügelchen
6./5.	370 „	1.022	Eine grosse Menge Hg-Kügelchen, darunter mehre ziemlich grosse und grosse
3./7.	360 „	1.023	Ein paar recht grosse und eine grosse Menge kleinere Hg-Kügelchen

K. R. A., 41 Jahre, Schriftsetzer (Tabes dorsalis). Wurde in das Krankenhaus den 29./4. aufgenommen und aus ihm den 6./10. entlassen. Zeigte sich wieder und gab eine neue Harnprobe den 11./8. (nach 62 Tagen).

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harn-menge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
30./4.	365Gr.	1.020	Keine Hg-Kügelchen
10./6.	380 „	1.020	Eine höchst bedeutende Menge grössere und kleinere Hg-Kügelchen
11./8.	355 „	1.018	Ein paar grosse, einige ziemlich grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen

K. G. J. S., 33 Jahre, Fleischer (Roseola). Wurde in das Krankenhaus den 22./3. aufgenommen und den 22./4. aus ihm entlassen. Neue Harnprobe den 4./7. (nach 73 Tagen).

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harn-menge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
23./3.	350Gr.	1.026	Keine Hg-Kügelchen
22./4.	355 „	1.027	Einige grosse, viele recht grosse und mehrere kleinere Hg-Kügelchen
4./7.	365 „	1.015	Mehrere grosse und eine Menge kleinere Hg-Kügelchen

G. N., 20 Jahre, Klempner (Sclerosis, Adenitis, Roseola). Wurde den 14./3. in das Krankenhaus aufgenommen und den 14./4. wieder aus ihm entlassen. Neue Harnprobe den 29./6. (nach 76 Tagen).

Untersuchungen des Harnes.

Datum	Harnmenge	Spec. Gew.	Menge und Grösse der Hg-Kügelchen
14./3.	360 Gr.	$1._{018}$	Keine Hg-Kügelchen
14./4.	320 „	$1._{027}$	Eine bedeutende Menge Hg-Kügelchen, darunter einige ziemlich grosse
29./6.	360 „	$1._{020}$	Recht viele Hg-Kügelchen, darunter einige nicht kleine

Die hier angeführte Serie von Untersuchungen zeigt, dass die Menge des in diesen Fällen eliminirten Hg resp. 49, 56, 58, 62, 73 und 76 Tage nach beendigter Behandlung mit Mercuriol im Durchschnitt recht bedeutend gewesen ist. Da man weiss, dass die Hg-Elimination nach einer kräftigen Mercurialcur erst sechs Monate nach Beendigung der Cur ganz aufzuhören oder minimal zu werden pflegt, wäre es natürlicherweise von Interesse gewesen, den Harn auch nach Verlauf dieser Zeit auf Hg zu untersuchen, das hier vorliegende Material hat mir aber leider keine Gelegenheit gegeben, meine Untersuchungen über eine so lange Zeit auszudehnen.

Ich habe in Vorstehendem die Absorptions- und Eliminationsverhältnisse bei der Behandlung mit Mercuriol mitgetheilt und komme nun zu dem zweiten unser Urtheil über die Methode begründenden Factor, nämlich zu den therapeutischen Resultaten. Es ist ja klar, dass der Organismus, da die Absorption von Hg sich als gut erwiesen und sich noch 2—$2^1/_2$ Monat nach Schluss der Behandlung eine reichliche Elimination von Hg gezeigt hat, durch eine intermittirende Anwendung dieser Behandlungsform jede beliebige Zeit unter starker Hg-Einwirkung muss gehalten werden können. Wenn nun dieses der Fall ist, so ist man a priori geneigt den Schluss zu ziehen, dass

die therapeutischen Ergebnisse gut sein müssen. Die klinischen Beobachtungen, die ich im Krankenhause St. Göran bei einem reichen Materiale machen konnte, widersprechen auch dieser Vermuthung nicht. Da ich nun zu einer kritischen Untersuchung der therapeutischen Ergebnisse übergehe, bitte ich, zuerst auf ein paar Umstände aufmerksam machen zu dürfen, die man bei einer solchen Untersuchung berücksichtigen muss. Die wechselnde Schaar syphilitischer Symptome unterscheiden sich von einander unter vielem anderen nicht am wenigsten dadurch, dass ihre Empfänglichkeit für die Behandlung sowohl mit Hg, wie mit Jk. höchst verschieden ist. So ist eine Gruppe der secundären Hautausschläge (z. B. die Roseola) sehr flüchtig und geneigt, bald zu verschwinden, zuweilen sogar ohne Behandlung. Andere Formen, wie z. B. die gruppirten Papeln, zeigen eine entschiedene Resistenz gegen die Hg-Behandlung. Noch eine dritte Gruppe findet sich, nämlich die Formen von Syphilis, die mit einem allgemeinen papulösen oder papulopustulösen Ausschlag beginnen. Diese Symptome haben, obschon sie von der Behandlung eine deutliche Einwirkung erfahren, eine entschiedene Geneigtheit, bald zu recidiviren, oft sogar bei stattfindender Behandlung mit Hg. In ganz derselben Weise zeigen die meisten Formen der Syphilis ihren speciellen Grad von Empfänglichkeit für die Einwirkung des Hg. oder von Resistenz gegen dieselbe. Viele Symptome, z. B. die mucösen Papeln, die harten Sclerosen und die harten Papeln, erfordern, wenn man ihre Involution beschleunigen will, eine örtliche Behandlung, und damit sind wir bei der Frage von der örtlichen Einwirkung der verschiedenen Behandlungsmethoden auf die Symptome angelangt. So ist es z. B. eine Thatsache, dass man bei der Behandlung eines syphilitischen Ausschlages mit der Einreibungscur Nutzen nicht nur von der therapeutischen Einwirkung des in den Körper gebrachten und im Blute circulirenden Quecksilbers, sondern auch von dem örtlichen Einfluss der auf den Efflorescenzen befindlichen grauen Salbe hat. Will man die therapeutische Wirkung des im Blute circulirenden Quecksilbers auf einen Ausschlag unabhängig von aller örtlichen Einwirkung desselben auf ihn studiren, muss man deshalb Injectionen (oder Pillen) anwenden. Die örtliche Einwirkung,

welche die Einreibungscur auf die syphilitischen Exantheme ausübt, können natürlicherweise Welander's sogenannte „Säckchencur“ und diese meine Modification derselben nicht auf sie haben, wenigstens nicht in einem so hohen Grade. In einem gewissen Grade übt jedoch das „Säckchen“ an der Stelle, wo es liegt, eine solche Wirkung aus. So kann man z. B. sehen, dass eine Roseola oder ein sog. Erythema papulatum auf der von dem Säckchen bedeckten Hautpartie nach einigen Tagen vollständig verschwindet, während der Ausschlag auf den umliegenden Hautpartien noch florirt. Nach diesen vorausgeschickten Bemerkungen gehe ich zur Untersuchung des vorliegenden Materiales über. Dieses Material, zum grössten Theil im Krankenhause St. Göran und nur einige in privater Praxis behandelte Patienten, besteht aus Personen, die entweder noch nicht, oder schon vor langer Zeit mit Hg behandelt worden sind.

Von den Behandelten haben ungefähr fünfzig Syphilis recens mit Sclerosis und Adenitis mit oder ohne allgemeine Symptome, wie Roseola, Erythema papulatum etc. und mit oder ohne Schleimhautaffectionen. Drei von diesen Patienten verliessen das Krankenhaus, ungeachtet ihnen davon abgerathen wurde, vorzeitig. Bei allen übrigen sind die Symptome sehr schnell der Behandlung gewichen. Oertliche Behandlung ist, um reine Ergebnisse zu erhalten, so viel wie möglich vermieden worden. Ist eine örtliche Behandlung nothwendig gewesen, so habe ich für die Sclerose (nämlich in den Fällen, wo ihre Oberfläche ulcerirt war) Mercuriol und für die mucösen Papeln, so weit sich dieses thun liess, nur Lapis angewandt. Zuweilen sind aber auch andere Mittel, z. B. Sublimatspiritus und Dr. Unna's Carbolquecksilberpflastermull, angewandt worden, doch habe ich mit der Anwendung dieser Mittel stets so lange wie möglich gezögert, um erst die augenscheinliche Wirkung der allgemeinen Behandlung constatiren zu können.

Ausser diesen Fällen ist auch eine Serie Fälle von Syphilis recens, wo der erste Ausbruch ein allgemeines papulöses oder papulopustulöses Syphilid war, mit Mercuriol behandelt worden. Diese Serie umfasst 11 Fälle, nämlich 3 Fälle von Exanthema papulosum miliare, 4 Fälle von Exanthema papulosum lenticulare, 2 Fälle von Exanthema papulopustulosum und



2 Fälle von Exanthema papulosum nummulare. Die Wirkung der Behandlung ist hier in allen Fällen augenscheinlich gewesen. Dieselben haben indessen durch ihre Geneigtheit zu Recidiven ihre maligne Natur bekundet. In zwei Fällen kleinpapulösen Syphilids trat ein Recidiv noch während der Behandlung auf, und dasselbe geschah auch in einem Falle von lenticulär-papulösem Syphilid; alle 7 Patienten wurden jedoch frei von Symptomen aus dem Krankenhause entlassen. Der eine der Patienten mit grosspapulösem Syphilid war frei von Symptomen bei Schluss der Behandlung und hat sich seitdem nicht wieder gezeigt; auch der andere war bei Schluss der Behandlung frei von Symptomen, bekam aber nach ein paar Wochen ein Recidiv, bestehend aus einem mehr localisirten kleinpapulösen Syphilid. Er wurde erneuter Behandlung unterworfen, verliess aber das Krankenhaus, gegen den ihm gegebenen Rath, noch ehe er ganz frei von Symptomen war.

Die beiden Patienten mit papulopustulösem Syphilid wurden aus dem Krankenhause frei von Symptomen entlassen; der eine von ihnen kam aber nach 6 Wochen mit einem localisirten Papelrecidiv zurück, welches bei erneuter Behandlung verschwand. In Anbetracht der malignen Natur dieser Fälle ist das angeführte Ergebniss der Behandlung als sehr befriedigend zu bezeichnen.

Unter dem vorliegenden Material finden sich 9 Fälle nur mit mucösen Papeln. Da in den meisten dieser Fälle früher oder später eine locale Behandlung zu Hilfe genommen worden ist, eignen sie sich nicht dazu, einer Kritik der Methode zur Unterlage zu dienen. Alle diese Patienten wurden indessen aus dem Krankenhause frei von Symptomen entlassen.

Drei Fälle von pustuloulcerösem Syphilid (nämlich zwei Fälle von Ekthyma im secundären Stadium und ein Fall von Rupia viele Jahre nach der Infection) gingen ohne örtliche Behandlung bald in Gesundheit über.

Ein Fall von gruppirten Papeln (im Uebergange in das tertiäre Stadium) ging, obwohl nur langsam, ebenfalls zurück.

Von tertiären Formen sind ausserdem Gummata (4 Fälle: einer an dem Pharynx, einer am Palatum molle und am Septum nasi und zwei an der Haut), Periostitis (2 Fälle: einer an der

Tibia und einer am Cranium) und Sarkocele testis (2 Fälle) behandelt worden. In allen diesen Fällen ist gleichzeitig Jodkalium gegeben worden, obschon damit so lange wie möglich gezögert wurde, um erst die Wirkung der Mercurialbehandlung constatiren zu können. Alle diese Patienten sind aus dem Krankenhause frei von Symptomen entlassen worden.

Einige Fälle von Tabes und Dementia paralytica sind ebenfalls, aber nur mit geringem Erfolge, mit Mercuriol behandelt worden. In Anbetracht der bekannten schlechten Prognose solcher Fälle ist hier dem Ergebniss der Behandlung aber kein Gewicht für die Beurtheilung des Werthes der Methode beizumessen.

Ausserdem sind mehrere gravide Frauen und hereditär-syphilitische Kinder, wie es scheint, mit gutem Erfolge, mit Mercuriol behandelt worden. Das Material ist jedoch leider, um ein Urtheil zu gestatten, noch allzu gering, und dazu ist das Ergebniss der Untersuchung in mehreren dieser Fälle, da bei ihnen vorher eine andere Behandlung angewendet worden war, nicht ganz rein.

Ich habe vorhin gezeigt, dass bei der Behandlung mit Mercuriol Quecksilber in erforderlicher Menge absorbirt und durch die Nieren eliminirt wird; aus den jetzt angeführten therapeuthischen Ergebnissen dürfte hervorgehen, dass das in dieser Weise in den Organismus eingeführte Quecksilber dieselbe therapeutische Wirkung wie bei anderen Formen von Mercurialbehandlung ausübt.

Leider kann auch bei dieser, wie bei allen anderen Formen von Mercurialbehandlung eine toxische Quecksilberwirkung eintreten. Aus den toxischen Wirkungen darf man jedoch keine Schlüsse in Betreff der Grösse der Resorption ziehen, denn diese Wirkungen zeigen sehr grosse Unregelmässigkeit, was namentlich von der Mercurialstomatitis gilt. Ich habe bei dieser Behandlungsweise nur 4 Fälle von Stomatitis beobachtet, von denen 3 sehr gelinde waren; der vierte Fall zeigte sich bei einem 19jährigen Telephonarbeiter, der, nachdem er einen Monat behandelt worden war, frei von Symptomen aus dem Krankenhause entlassen wurde, nach einer Woche aber mit einer ulcerösen Stomatitis wiederkam. Mit grösserer Regelmässigkeit



zeigt sich die toxische Wirkung in den Nieren. Bei einer kräftigen Behandlung von 40 Tagen tritt es sehr oft ein, dass der Harn Cylinder und Spuren von Albumin enthält. In keinem der angeführten Fälle hat sich indessen eine ernste Mercurialintoxication constatiren lassen.

Die reizende Einwirkung der Mercuriolbehandlung auf die Haut ist sehr unbedeutend. Nur in zwei Fällen ist eine erythematöse Reizung beobachtet worden. Dagegen habe ich mehrere Male ohne weitere Folge Patienten, die an über den grössten Theil des Körpers ausgebreiteten Eczemen litten, mit Mercuriol behandelt. Die Patienten sind auf der Haut unter dem Säckchen nicht durch Schweiss oder Feuchtigkeit beschwert. Sollte etwas Mercuriolpulver durch das Zeug dringen und mit der Haut in Berührung kommen, so erzeugt es auf derselben kein unangenehmes Gefühl. Die Behandlung mit Mercuriol in der hier beschriebenen Weise ist also nicht nur therapeutisch zuverlässig, sondern auch sehr reinlich und für den Patienten angenehm.

Herrn Professor Welander spreche ich hier für die Bereitwilligkeit, mit der er mir das reiche klinische Material des Krankenhauses St. Göran zur Verfügung gestellt hat, meinen ergebensten Dank aus.

Aus der dermatologischen Klinik der kgl. Universität zu Siena.
(Prof. Barduzzi.)

18.

Bacteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis.

(Ein Beitrag zum Studium ihrer Pathogenese.)

Von

Professor Dr. **P. Colombini** in Sassari.
Vordem Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. I.)

Obgleich sehr viele Autoren die Abscesse der vulvovaginalen Drüse, welche wir so sehr häufig auftreten und bisweilen mit einer verzweifelten Beständigkeit sich wiederholen sehen, zum Gegenstande ihrer Untersuchungen gemacht haben, so muss man doch sagen, dass die Frage über ihre Pathogenese noch nicht vollständig gelöst ist. Sie kann schon deswegen nicht vollständig gelöst sein, weil viele dieser Untersuchungen zu einer Zeit ausgeführt worden sind, in welcher man die heutigen Fortschritte der Bacteriologie und der Pathologie noch nicht kannte, und sie kann deswegen nicht gelöst sein, weil seit jener Zeit pathologisch-anatomische Untersuchungen über diesen Gegenstand kaum mehr begonnen wurden, sehr spärlich sind, und weil vor allem die wenigen bacteriologischen Untersuchungen von den Autoren die widersprechendsten Auslegungen erfahren haben.

Wir versuchten nun Licht über diese Frage zu verbreiten, indem wir genaue Studien über die Art des Entzündungsprocesses der vulvovaginalen Drüsen und über die Beschaffenheit der Agentien, durch welche derartige Läsionen hervorgerufen und unterhalten werden können, anstellten.



Die vulvovaginalen Drüsen liegen beiderseits der Scheide, seitlich und hinten von ihr, einen Centimeter über ihrer unteren Oeffnung.

Es sind agruppirte Drüsen, deren Acini bald dicht aneinandergehäuft, bald aber zerstreut liegen, so dass die Drüse aus im Zellgewebe zerstreuten Granulis und Lobulis gebildet wird. Von jedem Acinus spaltet sich ein enger und kurzer Gang ab, welcher in eine Höhle mündet, die sich als eine ovoide Erweiterung darstellt. Von jeder solchen Höhlung — Sinus — entspringt ein Ausführungsgang; die Ausführungsgänge verschmelzen mit einander und geben so Veranlassung zur Bildung eines gemeinsamen Ausführungsganges, der eine cylindrische oder ampullenförmige Röhre darstellt, meistens nur in der Einzahl vorhanden ist, jedoch bisweilen auch doppelt vorgefunden wurde.

Dieser Gang verläuft in schräger Richtung und mündet in der Mitte des Ostium vaginale, oder an der Vereinigung des hinteren mit dem mittleren Drittel der Seitenwand desselben, in der Furche, welche die Nymphen vom Hymen oder den hymenalen Carunkeln trennt.

Die von diesen Drüsen ausgeschiedene Flüssigkeit hat den Zweck, die Geschlechtswege schlüpfrig zu machen, reagirt neutral oder alkalisch, ist dick fadenziehend, elastisch, schmierig, klar, ohne opalescirende Trübung, welche sich nur bei einer Veränderung der Drüse oder des Ausführungsganges derselben einstellt, und zeigt die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Schleimes.

Nach diesen kurzen Bemerkungen über den Sitz und den Bau dieser Drüsen wird uns sofort vollständig klar, dass dieselben sehr zahlreichen und verschiedenen schädlichen Einflüssen ausgesetzt sind, welche die Entwickelung von Krankheiten dieser Drüse begünstigen.

Zahlreiche und verschiedene Umstände wurden von den Autoren für die Entstehung der Bartholinitis verantwortlich gemacht; doch sieht man dieselbe nur in einem gewissen Zeitraume des Lebens des Weibes auftreten, und zwar von der Pubertät bis zur Menopause, indem diese Drüsen an die Geschlechtsfunctionen gebunden sind; vor der Pubertät zeigen

sie nur eine geringe Entwickelung, ihre Function ruht vollständig und sie atrophiren und vermindern ihre Thätigkeit mit dem Erlöschen des Geschlechtslebens.

Auch wurde gesagt, dass blonde und lymphatische Individuen leichter an Eiterung der Bartholin'schen Drüsen erkranken, da sie leichter leukorrhoischen Ausflüssen unterworfen sind, wodurch diese Drüsen selbst gereizt und zur Entzündung gebracht werden.

Der Mangel hygienischen Verhaltens, Vernachlässigung der Körperpflege, einige Dermatosen wie das Erythem und Eczem der Vulva, die uterinen und vaginalen Ausscheidungen jeder Art, endlich die Fettleibigkeit im Vereine mit bedeutender Entwickelung des ganzen Drüsenapparates, welcher in reichlicher Menge reizende Secrete ausscheidet, soll das Auftreten der Bartholinitis begünstigen.

Manche glauben auch, dass gewisse Professionen ein prädisponirendes Moment für die Entwickelung dieser Erkrankung abgeben, und dass man dieselben z. B. viel häufiger bei solchen Individuen antrifft, welche lange im Sitzen arbeiten, vor allem bei Schneiderinen und Näherinen, sowie auch bei solchen, welche lange Zeit stehen, wie z. B. Dienstboten, Wäscherinen, Plätterinen und Ladenmädchen.

Schliesslich dürften wohl alle Ursachen, welche die Geschlechtsorgane, besonders die Vulva reizen und Congestionen in derselben herbeiführen, auch das Auftreten der Bartholinitis begünstigen, als allgemeine Anstrengungen, starke Märsche, langes Arbeiten an Tretmaschinen (Nähmaschinen) wegen der ununterbrochenen Bewegung der Oberschenkel und der damit verbundenen reizenden Reibung der Vulva, welche den Boden für eine Infection vorbereitet und geeignet macht.

Velpeau meint auch, dass mancher dieser Abscesse einer brutalen Einführung des Speculum seine Entstehung verdanke. Endlich wurde auch Traumen verschiedenster Art ein bedeutender Einfluss in der Aetiologie der Bartholinitis zugeschrieben, z. B. einem Stosse, Falle, den geburtshilflichen Handgriffen zur Verbesserung einer fehlerhaften Kindeslage, Masturbation jeder Art, Coitus, besonders wenn ein Missverhältniss zwischen den männlichen und weiblichen Geschlechts-



organen vorhanden ist; all' dieses soll, nach der Meinung einiger, die grosse Häufigkeit der Bartholinitis bei jungen Prostituirten erklären.

Als Ursache für die Entstehung der Bartholinitis wurde auch die Schwangerschaft und sogar die Menstruation angegeben, sowie alle jene Umstände, welche, wie wir gesagt haben, eine Blutüberfüllung der äusseren Geschlechtstheile und eine Vermehrung der Secretion der Schleim- und Talgdrüsen herbeiführen können.

Endlich wurde auch constatirt, dass der Jahreszeit ein gewisser Einfluss zukomme, indem man eine grössere Zahl von Fällen im Frühlinge bis zum Ende des Sommers und ganz besonders in den Monaten Mai bis September beobachtete.

Soviel jedoch steht fest, dass eine der häufigsten Ursachen der Bartholinitis in der Blenorrhoe zu suchen ist. Ja, diese bildet so häufig die Ursache, dass sie von einigen Forschern als alleinige Ursache angesehen worden ist. In der That nahmen einige an oder gaben doch wenigstens zu, dass jeder Abscess der Bartholin'schen Drüse blenorrhagischen Ursprunges sei. Alle Ursachen, die wir erwähnt haben, die Constitution, Beschäftigung, Traumen etc. stellen für viele nur die prädisponirenden Momente dar, während die eigentliche Ursache stets eine blenorrhagische Infection sei, welche durch das Eindringen des Virus durch den Ausführungsgang in die Drüse selbst hervorgerufen werde.

Aber so viele Arbeiten auch bis heute über diesen Gegenstand veröffentlicht worden sind, wieviel man sich auch bemüht hat, im Gonococcus die einzige Ursache der Bartholinitis zu erblicken, ohne dass man auch andere Mikroorganismen dafür verantwortlich zu machen brauchte, so sind doch die Meinungen der Autoren, basirend auf den widersprechenden Resultaten ihrer Untersuchungen, unter einander wenig in Uebereinstimmung: nach einigen Forschern ist jede Affection, welche eine Vermehrung der Secretion in den Geschlechtsorganen herbeiführt, im Stande, eine Bartholinitis herbeizuführen; so z. B. Uterus Catarrhe, das schleimig-eitrige Secret der Vulva, das Uterus-Carcinom mit den Ausscheidungen, welche es veranlasst, die Vulvitis follicularis, das Ulcus der Urethra, die



mucösen Plaques. Auch fehlt es nicht an Vertretern der Meinung (Breton) (1), die Bartholinitis sei eine Manifestation der secundären Syphilis.

Aber wenn im Verlaufe einer Blenorrhoe auch eine Bartholinitis beobachtet wird, haben dann jene Autoren Recht, welche versichern, dass dieser Abscess immer nur eine Complication der Blenorrhoe sei, oder die anderen, welche sagen, dass dieselbe selten eine Complication der Blenorrhoe sei und dass die Bartholinitis nur manchmal eine blenorrhagische Natur besitze? Haben diejenigen Recht, welche da meinen, die Bartholinitis werde sehr häufig durch den Gonococcus hervorgerufen oder diejenigen, welche sagen, dass die Bartholinitis in gar keinem Falle gonorrhoisch sei?

Audry (2) hat in drei Fällen von Abscess der vulvo-vaginalen Drüse keine Gonococcen gefunden.

Leistikow (3) leugnet nur die Anwesenheit des Gonococcus in der Bartholinitis.

Legrain (4) hat in einem Falle gar keine Gonococcen, aber verschiedene andere Parasiten gefunden.

Rille (5) meint, dass die Bartholinitis durchaus nicht durch die Gonorrhoe hervorgerufen werde, sondern nur durch die piogenen Staphylococcen.

Im Gegensatze dazu hält Alary (6) die Bartholinitis immer für blenorrhagisch.

Arning (7) glaubt, dass sie immer durch den Gonococcus bedingt sei.

Bonnet (8) hielt unter 10 Fällen acuter Bartholinitis 9 für blenorrhagisch.

Mauriac (9) sieht die Blenorrhoe für die häufigste Ursache der Bartholinitis an.

Dujon (10) fand bei 9 von 14 Fällen Gonococcen.

Langlebert (11) glaubt, dass die Bartholinitis nur in einigen Fällen durch die Gonococcen erzeugt werde.

Auch Bergh (12) hält von 100 nur 7 Fälle für blenorrhagisch.

Leblanc (13) hat nur bei einem einzigen von 7 untersuchten Fällen Gonococcen gefunden.

Welander (14) fand bei 46 von 78 untersuchten Prostituirten den Gonococcus. und bei 22 Fällen begegnete er demselben auch in den Gängen der Bartholin'schen Drüse, besonders bei Fällen mit chronischem Verlaufe; während er demgemäss die chronische Form für gonorrhoisch hält, gibt er nach seinen Untersuchungen an, dass die acuten Formen nur von den gewöhnlichen Staphylococcen hervorgebracht werden.

Sänger (15) dagegen hält die acute Bartholinitis nur fast immer für blenorrhagisch, während chronische Formen mit cystischer Dilatation ausnahmslos blenorrhagischer Natur seien.



Steinschneider (16) fand bei 34 Fällen von acuter Gonorrhoe nur einmal den Gonococcus in der Bartholin'schen Drüse; bei 3 Fällen von chronischer Gonorrhoe hat er in den Drüsen selbst gar keine Gonococcen gefunden.

Felecki und Pollaczek (17) gaben für alle chronischen Fälle die blenorrhagische Natur zu, während die acute Bartholinitis für sie nur in manchen sehr seltenen Fällen blenorrhagisch ist.

Touton (18) hat wohl den Gonococcus an der Oberfläche des veränderten Epitheles des Ausführungsganges der Drüse gefunden, aber es gelang ihm nicht, denselben im Körper der Drüse selbst nachzuweisen.

Finger (19) versichert, dass sich der Gonococcus bei der chronischen Bartholinitis gewöhnlich vorfinde.

Man sieht, es kann keine grössere Dissonanz geben, als sie in den Meinungen der Autoren über die Aetiologie der Bartholinitis besteht. Die einen halten dieselbe constant für blenorrhagisch, die anderen haben sie niemals als blenorrhagisch befunden. Der eine hält die Blenorrhoe für eine häufige Ursache derselben, der andere für eine seltene; der eine glaubt wieder, nur die chronischen Formen seien gonorrhoisch, der andere ist wieder der gegentheiligen Ansicht.

Dieser Gegenstand verdient es daher, nun einmal genau durchstudirt zu werden, damit durch neue Untersuchungen endlich Klarheit in diese vielen Widersprüche gebracht werde.

Deshalb habe ich auch die Fälle, über welche ich sofort berichten werde, einer genauen Untersuchung unterworfen, welche darauf gerichtet war, einen neuen und keineswegs unnöthigen Beitrag zur Kenntniss der Pathogenese dieser Krankheit zu liefern.

Ich werde mich nicht darauf einlassen, auf die Symptomatologie, den Verlauf und die Dauer der Bartholinitis einzugehen, da ich mir ja ein anderes Ziel gesteckt habe. Deshalb will ich auch nicht davon sprechen, dass von den Autoren zwei Formen derselben beobachtet worden sind: eine acute und eine chronische, welche in der Regel der ersteren vorangeht; dass man bei der acuten eine primäre und eine recidivirende Form und bei der chronischen eine mit Ausfluss verbundene und eine cystische Form unterscheidet; endlich dass man bei der acuten Form drei Perioden unterscheidet: eine Initialperiode, eine Periode des Stillstandes und eine Periode des Abfalles, oder, wie es andere bezeichnet haben: eine Pe-



riode der Inflammation, eine Periode der Suppuration und eine Periode der Cicatrisation.

Ich will nicht davon sprechen, dass die chronische Form ausserordentlich hartnäckig und im Stande ist, sehr häufig in acuter Weise zu exacerbiren, und dass sie in vielen Fällen den einzigen und letzten Herd der Blenorrhoe bildet, während dieselbe bereits an den vielen anderen Stellen vollständig erloschen ist, und dass ein Weib von hier aus eine Gefahr in sich birgt, indem sie, anscheinend gesund, doch im Stande ist andere zu inficiren.

Ebensowenig will ich von der Diagnose, Prognose und Behandlung dieser Erkrankung sprechen; diese Dinge, die uns hier weniger interessiren, finden sich übrigens im grössten Theile der classischen Werke und in Specialschriften ausführlich behandelt; auch sind sie in den Krankengeschichten der von mir beobachteten Fälle kurz berücksichtigt, und so will ich ohne Weiteres zur Schilderung derselben übergehen:

1. Fall. Mariana T., 50jährige Witwe, häuslich beschäftigt, aus Siena.

Anamnese: Eine alte Prostituirte, welche angibt, dass sie sich gegenwärtig von der Ausübung zurückgezogen habe; sie erzählt, dass seit mehreren Monaten eine reichliche eitrige Secretion aufgetreten sei, welche aus den Geschlechtstheilen hervorkommt, wobei sie beim Uriniren häufig das Gefühl des Brennens empfinde. Zu Anfang des April 1892 begannen, während die Secretion, wenn auch in geringerem Masse, fortdauerte, lancinirende Schmerzen im rechten Labium aufzutreten, welches selbst in hohem Grade anschwoll.

Status praesens: 15. April 1892. Bei der objectiven Untersuchung finden wir das rechte Labium bedeutend angeschwollen und bei der Betastung merken wir, besonders an der Innenfläche desselben eine Anschwellung, welche die Grösse einer Wallnuss etwas überschreitet, undeutliche Begrenzung besitzt, nicht verschoben werden kann, auf Druck schmerzhaft ist und elastische Consistenz aufweist; in der Mitte derselben befindet sich jedoch eine Stelle, welche sich weicher anfühlt als die umgebenden Theile. Bei Druck sieht man aus der Mündung der Bartholin'schen Drüse einen sehr kleinen Tropfen einer serös-eitrigen Flüssigkeit hervortreten. Aus der Harnröhre und aus der Scheide entleert sich eine geringe Menge schleimig-eitrigen Secretes.

Untersuchungen: Ich fertigte sehr viele Präparate an und zwar vom vulvo-vaginalen Secrete, vom Secrete aus der Urethra und von jenem Secrete, welches sich aus der Mündung der Bartholin'schen Drüse ausdrücken liess. Sodann desinficirte ich die betreffenden Theile genau nach



den bekannten Regeln der Bakteriologie und stiess die Spitze der Nadelcanüle einer Tursinischen Spritze, welche vorher in der Hitze sterilisirt worden war, in den centralen weichen Theil des Tumors ein und aspirirte einige Tropfen des eitrigen Inhaltes desselben. Darauf machte ich mit dem Bistouri an derselben Stelle einen kleinen Einschnitt, desinficirte die Höhle und brachte mittels einer Pipette eine Jodoformemulsion ein.

Nach 15 Tagen war die Patientin von der rechtsseitigen Bartholinitis geheilt, aber sie suchte das Krankenhaus noch weiterhin auf, um auch von der Secretion aus der Harnröhre und von dem vulvo-vaginalen Catarrhe vollständig befreit zu werden.

Die mittels der Spritze aspirirte Flüssigkeit hatte eine weisslichgelbe Färbung und zeigte sich unter dem Mikroskope aus Eiterkörperchen, Epithelzellen und körnigem Detritus zusammengesetzt.

Zum Zwecke der mikroskopischen Untersuchung auf Bakterien wurden sehr zahlreiche Präparate davon angefertigt. Einige derselben wurden nur mit den gewöhnlichen Lösungen von Anilinfarben behandelt, namentlich mit Methylenblau (Methylenblau Gr. 1·50, Natr. biborac. Gr. 1·0, Aqua Gr. 100·0) und in einfacher Weise gefärbt; an anderen wurden Doppelfärbungen gemacht, indem sie zuerst mit Gentianaviolett behandelt wurden (Sol. alkoholic. conentr. Viol. Gentianae Ccm. 1·0, Aqu. Anilinatae Ccm. 10·0, Alkohol. absol. Ccm. 1·0); dann wurden sie der Einwirkung der Gram'schen Jodlösung unterworfen, und nach der Entfärbung in absolutem Alkohol neuerdings mit Fuchsin (30%ige Lösung) oder mit Bismarckbraun (Bismarckbraun Gr. 1·5, Aqu. carbol. 5% Gr. 100·0) gefärbt. In gleicher Weise wurden auch die anderen, aus dem urethralen und vulvo-vaginalen, sowie dem aus dem Ausführungsgange der Bartholin'schen Drüse ausgedrückten Secrete hergestellten Präparate behandelt.

Die Untersuchung ergab mit vollster Klarheit die Anwesenheit von typischen Gonococcen in den Präparaten, welche aus den Secreten von den verschiedenen Stellen hergestellt worden waren, sowie auch in jenen aus dem Secrete, das mittels der Tursini'schen Spritze direct der Drüse entnommen war; diese Gonococcen fanden sich in Gruppen zwischen den Elementen, zumeist aber im Inneren der Eiterkörperchen selbst; jedoch waren sie nicht in allen Präparaten in gleicher Menge vorhanden, denn am zahlreichsten sahen wir sie in dem Secrete, welches mittels der Tursini'schen Spritze direct aus der Bartholin'schen Drüse aspirirt worden war.

Neben den Gonococcen fanden sich in allen Präparaten noch andere Mikroorganismen, darunter ganz besonders sehr kleine Coccen, welche sich nach Gram nicht entfärbten und in Gruppen angeordnet waren.

Von dem aus der Drüse direct entnommenen Eiter wurden auch Culturen auf Gelatine, Agar und Bouillon angelegt und auf allen diesen Nährboden wuchs ein Mikroorganismus, welcher vollständig die Eigenschaften des Staphylococcus piogenes albus aufwies.

II. Fall. R. Katharina, 57 Jahre alt, verheiratet, aus Montieri·



Anamnese: Die Patientin leidet seit vielen Jahren an einem Eczeme an der Innenfläche der Oberschenkel; von Zeit zu Zeit fühlte sie an den erkrankten Stellen ein Jucken, welches zeitweise sehr heftig wurde. Sie ist von kräftiger Constitution, stets regelmässig menstruirt, leidet aber an Leukorrhoe. Vor kurzer Zeit empfand sie heftiges Jucken auch an der Vulva und gleichzeitig bemerkte sie im rechten Labium die Entwickelung eines Tumors, welcher allmälig an Grösse zunahm und zuletzt sehr schmerzhaft wurde.

Status praesens: 20. September 1892: Bei der Untersuchung finden wir eine bemerkenswerthe Anschwellung des rechten Labium, besonders in seinem unteren Theile. Der Tumor hatte die Grösse eines Eies. Die Anschwellung erstreckte sich auch auf die Nymphe derselben Seite, welche gleichfalls geschwollen, geröthet und ödematös erscheint. Die Schleimhaut, welche den Tumor bedeckt, ist geröthet, gespannt und glänzend; im tiefsten Theile des Tumors bemerkt man deutliche Fluctuation.

Rechts in Inguine finden sich angeschwollene und schmerzhafte Lymphdrüsen.

Ferner gestattet uns die Untersuchung eine nicht übermässig reichliche, weissliche Secretion aus der Vagina zu constatiren. Aus der Harnröhre kein Ausfluss wahrzunehmen. Die Patientin hatte weder früher noch gegenwärtig irgend welche Belästigung beim Uriniren.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Vagina und von jener Flüssigkeit, welche mittels der Tursini'schen Spritze nach gehöriger Desinfection der betreffenden Theile aus der Bartholin'schen Drüse aspirirt worden war, wurden zahlreiche Präparate angefertigt. Sodann wurde die Stichwunde etwas erweitert und mittels einer Pipette eine Jodoform-Emulsion eingeführt. Nach 18 Tagen war vollständige Heilung eingetreten.

Die mittels der Spritze aspirirte Flüssigkeit zeigte einen ausgesprochen eitrigen Charakter und erwies sich unter dem Mikroskope hauptsächlich aus Eiterkörperchen und Detritus zusammengesetzt. Auch von dieser Flüssigkeit wurden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfculturen auf Gelatine, Agar und Bouillon angelegt. Weder in den Präparaten von dem Secrete aus der Vagina, noch in jenen vom Drüseninhalte selbst konnte trotz der verschiedensten Färbemethoden auch nur eine Spur von Gonococcen nachgewiesen werden. Die genaue Durchsuchung aller Präparate liess die Anwesenheit von Gonococcen sowohl im Vaginalsecrete als auch im Drüseninhalte selbst mit vollster Sicherheit ausschliessen. Die Mikroorganismen, welche sich in letzterem Secrete in sehr reichlicher Menge vorfanden, erwiesen sich als Staphylococcen. Die vom Inhalte der Bartholin'schen Drüse angefertigten Culturen ergaben reichliches Wachsthum von typischem Staphylococcus piogenes aureus und albus, den ersteren in viel reichlicherer Menge als den letzteren.

III. Fall. Emerenziana D. S., 37 Jahre alt, verheiratet, häuslich beschäftigt, aus Monte Savino.



Anamnese: Die Patientin, welche von kräftiger Constitution ist, empfand im Juli 1892 Schmerzen beim Uriniren und bemerkte eine reichliche Secretion aus den Geschlechtstheilen. Ungefähr 20 Tage nach Auftreten dieser Secretion bemerkte sie nach einem starken Marsche eine Anschwellung am linken Labium, welche von den heftigsten Schmerzen begleitet war. Durch ungefähr eine Woche nahm der Tumor im Labium an Grösse zu, der lancinirende Schmerz in den erkrankten Theilen war ununterbrochen sehr heftig und liess der Patientin keine Ruhe. Da, als sich der Abscess von selbst öffnete und eine grosse Menge Eiters sich entleerte, empfand die Patientin eine bedeutende Erleichterung. Jedoch auch nach dieser Entleerung blieb das Labium noch immer angeschwollen und auf Druck schmerzhaft. Ungefähr im September 1892 begann die Anschwellung des Labium unter Schmerzen genau in gleicher Weise wieder aufzutreten wie im Juli. Unter beständigen heftigen Schmerzen wuchs die Anschwellung durch 9 Tage hindurch, bis sich der Abscess wiederum spontan öffnete. Aber auch jetzt trat die Heilung nicht ein, denn das Labium blieb geschwollen, verhärtet und auf Druck schmerzhaft; aus der Oeffnung, welche sich beim Platzen des Abscesses gebildet hatte, entleerte sich beständig Eiter, und namentlich um sich von dieser Eiterung zu befreien, kam sie am 10. November 1892 in das Ambulatorium unserer Klinik, wo ihr gerathen wurde, in der Klinik die Excision vornehmen zu lassen. Am 23. November wurde die Patientin auf die Klinik aufgenommen.

Status praesens: 24. November 1892: Bei der Inspection bemerkt man, dass das linke Labium bedeutend grösser und röther ist als das rechte, ganz besonders in seiner unteren Hälfte. Bei der Betastung nimmt man im unteren hinteren Theile des linken Labium einen Tumor von der Grösse einer Olive wahr, der aber eine grössere Länge als eine solche besitzt, welcher von vorn oben nach hinten unten gerichtet ist. Der Tumor schmerzt nicht spontan, sondern nur auf Druck. Links in Inguine findet man eine nussgrosse Lymphdrüse. Aus der Harnröhre, der Vagina und dem Uterus fliesst schleimig-eitriges Secret.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Harnröhre, der Scheide und dem Uterus wurden zahlreiche Präparate angefertigt, namentlich viele von dem schleimig-eitrigen, grauen und zähen Secrete, welches bei Druck aus dem Ausführungsgange der Bartholin'schen Drüse hervortrat. Von diesem letzteren Secrete wurden auch Impfungen auf Gelatine, Agar und auf der Wertheim'schen Mischung angelegt.

Am 26. November wurde unter localer Anaesthesie der Tumor aus dem linken Labium entfernt und in absoluten Alkohol gebracht; er diente zur histologischen Untersuchung, worüber später berichtet wird. Die Wunde wurde vernäht und heilte unter antiseptischer Behandlung in 21 Tagen vollständig ab.

In den mikroskopischen Präparaten von dem Secrete aus der Urethra, der Vagina und dem Uterus konnten wir die Gegenwart von Detritus, Epithelzellen, Leukocyten und vielen Mikroorganismen fest-

stellen, welch' letztere sich hauptsächlich als Coccen erwiesen; doch fanden sich auch einzelne Bacillenformen vor. In einzelnen Präparaten konnten wir im Inneren von Eiterzellen Gruppen von Diplococcen wahrnehmen, welche deutlich die Form von Gonococcen besassen und sich nach Gram entfärbten. Das aus dem Ausführungsgange der Bertholinschen Drüse erhaltene Secret zeigte sich vornehmlich aus Leukocyten und in Degeneration befindliche Epithelzellen bestehend. Unter den vielen darin enthaltenen parasitären Formen begegneten wir auch Bacillen, vor allem aber Staphylococcen. Jedoch gelang es uns in keinem der zahlreichen untersuchten Präparate mit Sicherheit die Anwesenheit des Gonococcus Neisser festzustellen. Das Wachsthum auf den oben angeführten Nährböden ergab vorzugsweise den Staphylococcus albus; auch einige Colonien des Staphylococcus piogenes aureus waren vorhanden. Auf dem Wertheim'schen Nährboden war keine Gonococcencolonie aufgegangen.

IV. Fall. Carolina V., 27 Jahre alt, ledig, häuslich beschäftigt, aus Siena.

Anamnese: Die Patientin ist von gesunder, kräftiger Constitution, regelmässig menstruirt; sie wurde von ihrem eigenen Geliebten mit Gonorrhoe inficirt. Um diese Erkrankung behandeln zu lassen, trat sie im November 1892 in die Klinik ein. Wir fanden reichliche eitrige Secretion in der Urethra und in der Vagina; aus dem Muttermunde, dessen Umgebung erodirt erschien, trat ein Zapfen schleimig-eitrigen Secretes hervor. Die Patientin empfindet Brennen beim Uriniren. Die Untersuchung des Secretes aus der Harnröhre und der Vagina hatte deutlich die Anwesenheit von Gonococcen ergeben. Nach 18tägiger entsprechender Behandlung verliess die Patientin freiwillig im Zustande weit vorgeschrittener Besserung die Klinik; die Secretion war fast vollständig behoben. Dann aber nahm sie wieder den geschlechtlichen Vorkehr mit ihrem immer noch mit Blenorrhoe behafteten Geliebten auf; um mehr zu verdienen, nahm sie auch eine Stellung als Plätterin an und stand von Früh bis Abends auf den Füssen. So kam es, dass sie sich in kurzer Zeit in einem schlechteren Zustande befand als früher. Es entstand wieder ein sehr reichlicher Ausfluss aus ihren Geschlechtstheilen, welcher zu einer starken Reizung der Vulva führte, und am 28. Februar 1893 bemerkte sie überdies die Entwickelung einer schmerzhaften Anschwellung im linken Labium. Diese Anschwellung wuchs von Tag zu Tag, die stechenden Schmerzen in demselben wurden immer heftiger, und so entschloss sie sich wieder, Hilfe in unserem Ambulatorium zu suchen.

Status praesens: 4. Februar 1893. Man sieht eine bedeutende Anschwellung des linken Labium, besonders in seiner unteren Hälfte; dasselbe erscheint stark geröthet und sehr schmerzhaft, und zeigt eine bedeutend höhere Temperatur als die benachbarten Theile. Auch bei ganz leichter Betastung fühlt man die Anwesenheit eines Tumors von der ungefähren Grösse eines Eies, welcher stark fluctuirt. In der Inguinalbeuge derselben Seite bemerkt man mehrere Lymphdrüsen, von denen



die eine sehr schmerzhaft ist. Aus der Harnröhre und Vagina quillt reichlich eitriges Secret.

Untersuchungen: Wir fertigten vom Secrete der Vagina und Urethra viele Präparate an. Dann wurden die erkrankten Theile sorgfältig desinficirt und mit der Nadel der Tursini'schen Spritze in den Abscess eingestochen; nachdem ein wenig von dem Eiter aspirirt worden war, wurde die Stichöffnung erweitert, die Höhle gründlich desinficirt und mit Jodoformemulsion angefüllt. Nach 12 Tagen konnten wir die vollständige Heilung des Abscesses feststellen, an dessen Stelle nur eine geringe Verhärtung zurückblieb. Der Eiter aus dem Abscess war graugelb, dick und mit blutigen Streifen vermischt. Auch von ihm wurden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt und Impfculturen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt. In dem Secrete aus der Harnröhre und Scheide, das aus zahlreichen Eiterkörperchen und Epitheldetritus bestand, konnten in einigen Eiterkörperchen Gruppen von Gonococcen festgestellt werden, welche an ihrer charakteristischen Gestalt und der Entfärbung nach Gram leicht zu erkennen waren. In einigen Präparaten, welche mit Doppelfärbung behandelt worden waren, zeigten sich die Gonococcen sehr deutlich in der neuen Farbe, welche sie nach der Entfärbung mit der Gram'schen Mischung angenommen hatten. In dem mittels der Tursini'schen Spritze dem Drüsenabscesse selbst entnommenen Eiter konnten mikroskopisch zahlreiche Mikroorganismen nachgewiesen werden. In den Culturen entwickelte sich jedoch nur der Staphylococcus albus. In den Präparaten vom Abscessinhalte waren absolut keine Gonococcen nachzuweisen, in den Culturen auf Serum-Agar war keine Spur einer Entwickelung von Gonococcen zu bemerken.

V. Fall. P. Tersicore, 20 Jahre alt, ledig, Dirne aus Siena. Anamnese: Die Patientin gibt an, erst vor kurzer Zeit mit Blenorrhoe inficirt worden zu sein; erst seit wenigen Tagen empfindet sie brennenden Schmerz beim Uriniren und bemerkt sie die eitrige Secretion aus ihrem Genitale, welche gelblichgrüne Flecken auf ihrer Wäsche hinterlässt. Jedoch auch in diesem Zustande fuhr sie fort, ihre Beschäftigung auszuüben bis zum 18. November 1892, an welchem Tage zuerst ein heftiger Pruritus auftrat, welchem dann ein Schmerz im linken Labium folgte, welcher immer heftiger wurde, wobei sich das Labium selbst vergrösserte. Am 22. November entschloss sie sich das Ambulatorium aufzusuchen und liess sich auf unseren Rath am selben Tage in die Klinik aufnehmen.

Stat. praes.: 22. November 1892. Bei der Untersuchung des Genitales dieses Mädchens fanden wir in der unteren Hälfte des linken Labium major einen Tumor von der Grösse einer Wallnuss, welcher gegen das Orificium vaginae eine Hervorwölbung verursachte; an seiner hervorragendsten Stelle war der Tumor vollständig fluctuirend.

Die Schleimhaut der Vagina erscheint an dieser Seite stark geröthet und fühlt sich viel wärmer an als im normalen Zustande. Aus der Vagina quillt reichlich eitriges Secret, und wenn man mit dem

Finger drückend entlang der Harnröhre streicht, sieht man auch aus dieser einen Tropfen schleimig eitrigen Secretes hervortreten.

Untersuchungen: Vom Urethral- und Vaginal-Secrete werden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Am 23. November wurde nach genauer Desinfection der Theile die Nadel einer Tursinischen Spritze, welche vorher in der Hitze sterilisirt worden war, in die am meisten erweichte und deutlich fluctuirende Stelle eingestossen und einige Tropfen des Inhaltes angesaugt. Dann wurde die kleine Stichöffnung erweitert, die Abscesshöhle genau desinficirt und eine Jodoformemulsion injicirt.

Am 2. December war die Patientin von ihrer Bartholinitis vollständig geheilt, und an der Stelle der Drüse war nur eine geringe Härte zurückgeblieben. Die Patientin blieb jedoch behufs Behandlung ihrer Blenorrhoe noch bis zum 22. December auf der Klinik; bei der Entlassung der Patientin war auch diese fast vollständig geheilt.

Von dem durch die Punction gewonnenen Eiter wurden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfungen auf die gewöhnlichen Nährmittel, Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt.

Die von dem Secrete aus der Vagina und Urethra angefertigten und theils nach einfacher, theils nach doppelter Färbung behandelten Präparate ergaben ausser epithelialem Detritus, degenerirten Zellen und weissen Blutkörperchen die Anwesenheit zahlreicher Mikroorganismen und in den Eiterkörperchen charakteristische nach Gram sich entfärbende Gonococcen. In dem aus dem Abscesse der Bartholin'schen Drüse selbst entnommenen Eiter fanden wir neben Slaphylococcen auch zweifellose Gonococcen in grosser Zahl, sowohl im Inneren als auch ausserhalb der Eiterzellen. Ausser an ihrer charakteristischen Gestalt waren sie deutlich an der nach der Gram'schen Methode eintretenden Entfärbung zu erkennen. Auf den Nährböden wuchsen zahlreiche Colonien von Staphylococcus aureus und auf dem Serum-Agar wuchsen auch Gonococcen-Colonien, welche sich mittels mehrerer Ueberimpfungen reinzüchten liessen.

6. Fall. S. Katherina, 27 Jahre alt, verheiratet, im Hause beschäftigt, aus Siena.

Anamnese: Obgleich die Patientin von kräftiger Constitution ist und fast stets regelmässig menstruirte, leidet sie doch fast ununterbrochen an einem weissen Ausflusse aus dem Genitale.

Seit ungefähr einem Jahre empfindet die Patientin Schmerzen im linken Labium majus; diese waren anfangs ganz geringfügig, wurden allmälig aber immer heftiger. Dabei bildete sich ein Abscess in der unteren Hälfte dieses Labium, welcher nach einer Spaltung in einem Zeitraume von 20 Tagen fast vollständig abheilte. Wegen einer anderen Erkrankung liess sie sich dann in das Krankenhaus aufnehmen und hier wurde sie auf der internen Klinik auch wegen ihres starken Ausflusses aus dem Genitale behandelt. Nachdem sie aber die Klinik verlassen hatte, unterliess sie auch jede weitere Behandlung dieses Leidens. Sie



nahm ihre gewöhnliche Beschäftigung wieder auf, und bald wurde der Ausfluss, welcher zur Zeit ihrer Entlassung von der Klinik bereits sehr abgenommen hatte, neuerdings ausserordentlich stark; auch empfand sie wieder Schmerzen, anfangs nur in geringem Masse, allmälig immer heftiger, im Bereiche des linken Labium. So lebte sie ungefähr ein Jahr. Da wurden aber die Schmerzen ausserordentlich heftig und das Labium schwoll sehr stark an, so dass sich die Patientin entschloss, neuerdings auf der Klinik Hilfe zu suchen.

Stat. praes.: 7. Jänner 1893. Wir finden das linke Labium majus in seiner ganzen Ausdehnung stark ödematös angeschwollen, am mächtigsten aber doch in seiner unteren Hälfte, wo auch die Spannung eine viel bedeutendere ist. Das ganze Labium zeigt eine dunkelrothe Färbung, die bereits in's Violette hinüberspielt. In der unteren Hälfte dieses Labium bemerkt man einen grossen Tumor mit sehr deutlicher Fluctuation, dessen Wände bereits so verdünnt sind, dass man jeden Augenblick den Durchbruch an mehreren Stellen erwarten möchte.

Aus der Urethra ist keine Secretion wahrzunehmen, aber aus der Vagina fliesst reichlich weisslich gelbes Secret. Die linksseitigen inguinalen Lymphdrüsen sind wohl angeschwollen, bereiten aber keinen Schmerz.

Untersuchungen: Von dem schleimig eitrigen Secrete aus der Vagina werden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Nach gehöriger Desinfection der betreffenden Theile wird die Nadel einer in der Hitze sterilisirten Tursinischen Spritze in den Abscess eingestochen und einige Tropfen des eitrigen Inhaltes werden aspirirt. Dann wurde die Stichwunde etwas erweitert, um dem Inhalte Austritt zu verschaffen, die Wundhöhle sodann genau desinficirt, und mittels Injectionen von Jodoformemulsion und nach antiseptischen Regeln behandelt. Nach 22 Tagen war die Heilung vollendet und vollständige Abschwellung der Theile eingetreten. Von dem gewonnenen Eiter wurden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt. In dem schleimig-eitrigen Secrete aus der Vagina fanden sich sehr viele abgestossene Epithelzellen und Eiterkörperchen, Detritus und zahlreiche verschiedenartige Mikroorganismen, vor allem Staphylococcen. Gonococcen fehlten vollständig. Die Untersuchung des Abscessinhaltes ergab die Anwesenheit einer beträchtlichen Zahl verschieden aussehender Mikroorganismen, von denen jedoch die meisten Staphylococcen repräsentirten; auch Diplococcenformen waren vorhanden, Gonococcen fehlten jedoch vollständig. Auf sämmtlichen Nährböden wuchs nichts als nur gewöhnliche Staphylococcen.

VII. Fall. L. Julie, 23 Jahre alt, ledige Dirne aus Siena.

Anamnese: Die Patientin leidet seit langer Zeit an einem weisslichgelben Ausflusse aus dem Genitale; beim Uriniren hat sie niemals eine Belästigung empfunden. Vor mehr als zehn Tagen empfand sie zum ersten Male ein heftiges Jucken im Bereiche des rechten Labium, dann



lancinirende Schmerzen und dabei bemerkte sie, dass das Labium von Tag zu Tag stärker anschwoll.

Stat. praes.: 24. Jänner 1893. Das rechte Labium erscheint bei der Inspection sehr stark angeschwollen und geröthet. Die Schwellung und Röthung erreichen jedoch in dem unteren und inneren Theil des Labium ihren höchsten Grad. Der Tumor nimmt die ganze untere Hälfte des Labium ein, indem er sich bis an die hymenalen Karunkeln erstreckt; er besitzt die Grösse eines Eies und ist vollständig fluctuirend. Bei Druck auf die Harnröhre lässt sich kein Secret erhalten, jedoch wollen wir bemerken, dass sich aus der Vagina ein eitriges Secret in mässiger Menge entleerte. Mit Hilfe eines eingeführten Speculum sieht man, dass sich aus dem leicht erodirten Muttermunde ein schleimig-eitriger Pfropf entleert.

Untersuchungen. Von dem Vaginalsecrete und von dem schleimig eitrigen Secrete aus dem Cervix des Uterus werden zahlreiche Präparate angefertigt. Dann wurden Vulva und Vagina gründlich desinficirt und mittels einer Tursinischen Spritze ein wenig von dem Abscessinhalte gesammelt und der Abscess sodann selbst gespalten.

Unter der gewöhnlichen Behandlung erfolgte die vollständige Abheilung in 14 Tagen und es blieb an der Stelle der rechten Bartholin'schen Drüse nur eine gewisse Resistenz zurück. Von dem mit der Tursini'schen Spritze gesammelten Eiter werden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt.

Im Secrete aus der Vagina und aus dem Uterus fanden sich degenerirte Epithelzellen, Leukocyten, verschiedene Bacillenformen, Staphylococcen und einzelne isolirte Gruppen von Gonococcen in ihrer charakteristischen Gestalt, welche sich in weisse Blutkörperchen eingeschlossen zeigten; dieselben blieben auch ungefärbt, als sie nach der Gram'schen Methode behandelt wurden.

In den von dem Abscessinhalte angefertigten Präparaten fand sich reichlich epithelialer Detritus, nicht zu zahlreiche Eierkörperchen, Coccen- und Bacillen-Formen, doch gelang es nicht eine Spur von Gonococcen aufzufinden.

In den von diesem Eiter angefertigten Culturen wuchsen vornehmlich der Staphylococcus albus und das Bacterium coli.

8. Fall. V. Amalie, 18jährige ledige Prostituirte aus Siena.

Anamnese.: Vor einigen Monaten bemerkte die Patientin ein Brennen beim Uriniren und bemerkte gelbe Flecken auf ihrer Leibwäsche, welche von einem aus ihren Genitalien kommenden Ausflusse herrührten Ungefähr 20 Tage nach der inzwischen eingetretenen Menstruation empfand sie ein Jucken und bemerkte sie gleichzeitig eine Anschwellung der rechten grossen Schamlippe. Dagegen wendete sie locale Bäder an, setzte jeden geschlechtlichen Verkehr aus und verbrachte einige Tage in Ruhe. Unter diesen Verhältnissen bemerkte sie keine weitere Vergrösserung der Anschwellung, es trat aber auch keine Abnahme derselben ein. Nachdem sie also ihren geschlechtlichen Verkehr wieder aufgenommen hatte, begann



auch die Anschwellung wieder zu wachsen und es gesellten sich heftige stechende Schmerzen dazu, und deshalb begab sie sich in das Ambulatorium der Klinik.

Stat. praesens: 8. Juni 1893. Bei der Untersuchung der Genitalien dieses Mädchens fanden wir in der ganzen Dicke der hinteren Hälfte des rechten Labium einen Tumor von der Grösse eines Eies. Diese Anschwellung wölbt sich viel mehr nach innen, gegen das Ostium vulvare als nach abwärts gegen den Oberschenkel hin vor, und die Schleimhaut, welche den Tumor im Bereiche der Vulva bedeckt, ist glänzend, glatt gespannt, geröthet und entzündet. Das linke Labium erscheint normal.

Mittels der Palpation nimmt man in dem Tumor eine Stelle wahr, welche deutliche Fluctuation aufweist; dieselbe liegt im inneren unteren Theile des Labium. An diesem Punkte sind auch die Schmerzen am heftigsten; doch strahlen sie von hier bis in die rechte Inguinalgegend aus, in welcher man eine nussgrosse, sehr schmerzhafte Lymphdrüse vorfindet.

Durch Druck längs der Urethra kann man eine spärliche Menge schleimig-eitrigen Secretes hervordrücken; aus der Vagina dagegen findet eine äusserst reichliche eitrige Secretion statt, und mit Hilfe eines kleinen Spiegels kann man auch aus dem Orificium uteri einen schleimig-eitrigen Zapfen hervortreten sehen.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Harnröhre, der Vagina, dem Cervix wurden zahlreiche Präparate angefertigt. Dann schritten wir zur sorgfältigen Desinfection der betreffenden Theile, stiessen an dem Punkte, welcher die deutlichste Fluctuation aufwies, die Nadel einer Tursini'schen Spritze ein, und sammelten ein wenig von dem eitrigen, von blutigen Streifen durchsetzten Abscessinhalte. Sodann wurde die kleine Stichwunde erweitert, die Wundhöhle desinficirt und eine Jodoform-Emulsion injicirt.

Unter weiterer antiseptischer Behandlung war die Kranke nach 13 Tagen geheilt, indem sich die rechtsseitige Drüse nur noch als etwas grösser erwies als die linksseitige und auf Druck noch etwas empfindlich war.

Von dem aus dem Abscesse der Bartholin'schen Drüse stammenden Eiter wurden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters aus der Harnröhre, Vagina und dem Uterus ergab uns die Anwesenheit von Detritus, abgestossener Zellen und Eiterzellen. Von Mikroben fanden sich verschiedene Formen vor: Bacillen, Staphylococcen in ansehnlicher Menge, ferner Gonococcen in geringerer Zahl, im Inneren von Eiterkörperchen gelegen. Dieselben entfärben sich deutlich nach Gram.

Im Eiter aus der Bartholin'schen Drüse fanden sich gleichfalls viele abgestossene Epithelzellen und Leukocyten; auch zahlreiche Mikroorganismen wurden vorgefunden, Bacillen, Coccen von verschiedener



Grösse, zwischen und innerhalb der Eiterzellen gelegen, aber, so zahlreich auch die Präparate waren, und obgleich alle gewissenhaft durchgesehen wurden, gelang es doch nicht, eine Spur von Gonococcen zu finden.

In sämmtlichen Culturen entwickelte sich vor allem der Staphylococcus aureus und der Staphylococcus albus, und auf allen drei Nährboden entwickelten sich sehr kräftig sehr dichte, opake Colonien einer Bacillenform, welche mit dem Bacterium coli vollständige Aehnlichkeit besass.

Auf dem Serum-Agar nicht eine Spur von Gonococcen.

IX. Fall. R. Cesira, 25jährige ledige Dienstmagd aus Chianciano.

Anamnese: Vor ungefähr einem Monate begann die Patientin lebhafte Schmerzen an ihren Geschlechtstheilen zu empfinden, nachdem sich kurze Zeit vorher am rechten Labium ein heftiges Jucken eingestellt hatte, das die Patientin zu starkem Kratzen veranlasste. Daraufhin bemerkte die Patientin die allmälige Entwickelung einer Anschwellung dieser Theile, welche eine Zeit lang grösser wurde und an den betreffenden Theilen heftige Schmerzen hervorrief.

Die Patientin litt seit langer Zeit an Leukorrhoe und das Kratzen hatte einen Reizzustand im ganzen Bereiche des Genitales und eine Vermehrung der Secretion aus demselben veranlasst.

Nachdem ihr nun dieser Zustand nicht erlaubte, sich ihrer gewohnten Beschäftigung zu unterziehen, trat sie in die Klinik ein.

Status praesens: 13. Juni 1893. Die Patientin ist blass, anämisch. Das Labium und die Nymphe der rechten Seite sind bedeutend angeschwollen, wohl dreimal so gross als normal. Am deutlichsten tritt die Anschwellung in der Gegend der Bartholin'schen Drüse hervor. Das rechte Labium ist nämlich in ganz besonders hohem Grade in seiner unteren Hälfte angeschwollen, wo man auch deutliche Fluctuation wahrnimmt. Im ganzen Bereiche des äusseren Genitales bemerkt man schleimig-eitriges Secret. Aus der Urethra jedoch tritt kein Secret hervor, auch empfand die Patientin niemals Belästigung beim Uriniren. Labium und Nymphe linkerseits zeigen wohl einen geringen Reizzustand, sind aber sonst fast vollständig normal.

Untersuchungen. Von dem Secrete aus der Vagina wurde eine ganz besonders grosse Anzahl von Präparaten angefertigt, um mit möglichster Sicherheit festzustellen, ob es sich in diesem Falle um blenorrhagisches Secret handle. Daraufhin wurde das ganze Genitale und ganz besonders das rechte Labium gründlich desinficirt; die Nadel einer vorher in der Hitze sterilisirten Tursini'schen Spritze wurde sodann an dem Punkte, welcher die deutlichste Fluctuation zeigte, eingestossen und ein wenig von dem eitrigen Inhalte der Abscesshöhle aspirirt.

Dann wurde die kleine Wunde erweitert, die Abscesshöhle gründlich desinficirt und Jodoformemulsion injicirt, wodurch in wenigen Tagen eine vollständige Heilung erzielt wurde. Am 10. Juli konnte die Patientin vollständig geheilt die Klinik verlassen; nicht nur die Bartholinitis,



sondern auch die Vulvo-Vaginitis, die beim Eintritte der Patientin vorhanden war, war vollständig abgelaufen.

Von dem mittels der Tursini'schen Spritze gesammelten Eiter wurden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt und auch Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt.

Die Untersuchung der Präparate vom Vaginal-Secrete, welche nach den verschiedensten Färbemethoden behandelt wurden, liessen die Anwesenheit von Gonococcen mit voller Sicherheit ausschliessen. Von Mikroorganismen fanden sich nur Staphylococcen in ansehnlicher Menge vor. Jedoch war es nicht möglich, auch nur eine Spur von Gonococcen aufzufinden, weder in den mit den verschiedensten Substanzen einfach gefärbten Präparaten, noch in den Doppelfärbungen nach Gram.

In dem Eiter aus der Bartholin'schen Drüse fand sich gleichfalls keine Spur von Gonococcen, sondern nur Staphylococcen. Auf dem Serum-Agar gleichfalls keine Spur von Gonococcencolonien; aber auf diesen, sowie auf dem einfachen Agar und der Gelatine Entwickelung zahlreicher Colonien des Staphylococcus aureus.

X. Fall. Adele B., 45 Jahre alt, verheiratet, häuslich beschäftigt, aus Siena.

Anamnese: Die Erkrankung der Patientin begann 14 Tage bevor sie zur Consultation in das Ambulatorium der Klinik gekommen war, und zwar nachdem sie bedeutende Anstrengungen, grosse körperliche Strapazen, die mit heftigen Schweissen verbunden waren, durchgemacht hatte; sie bemerkte zunächst eine Gefühllosigkeit im linken Unterschenkel; kurz darauf erschienen hie und da am Körper dichte Gruppen von Bläschen, welche mit einer serösen Flüssigkeit angefüllt waren und sich auf leicht geröthetem Grunde erhoben. Gleichzeitig trat zunächst Jucken und dann Schmerz in der Vulva auf und die Patientin bemerkte die Bildung einer Anschwellung im linken Labium, die sich täglich vergrösserte, wobei die lancinirenden Schmerzen stets heftiger wurden. Nachdem ungefähr 8 Tage unter heftigen Schmerzen vergangen waren, platzte der Abscess von selbst, wobei sich eine bedeutende Menge Eiters entleerte, was der Patientin bedeutende Erleichterung brachte.

Das Labium jedoch blieb weiter angeschwollen und auf Druck schmerzhaft und seitdem tropfte beständig Eiter hervor. Deswegen, und weil die Patientin fürchtete, es könne sich ein chronisches Leiden daraus entwickeln, entschloss sie sich in Behandlung zu treten.

Status praesens: 5. October 1893. Das linke Labium erscheint bei der Inspection dem rechten gegenüber bedeutend vergrössert; die Anschwellung tritt am deutlichsten in der unteren Hälfte desselben hervor.

Ungefähr ½ Cm. unterhalb der Vereinigung der linken Nymphe mit dem linken Labium und unterhalb der Mündung des Ausführungsganges der Bartholin'schen Drüse bemerkt man eine kleine Oeffnung, aus welcher sich bei Druck einige Tropfen dicken, gelblichen, von blutigen Streifen durchsetzten Eiters entleeren.



Aus den Geschlechtstheilen selbst sehen wir nirgends ein Secret hervortreten, und auch bei Druck längs der Harnröhre tritt kein Secret hervor.

Nachdem sich die Patientin unserem Rathe gefügt hatte, wurde zwei Tage später nach vorhergegangener Anästhesirung die Excision der Bartholin'schen Drüse ausgeführt. Das abgetragene Stück wurde behufs späterer Untersuchung in absoluten Alkohol gebracht; über das Resultat dieser Untersuchung wird in Kurzem berichtet werden.

Unter häufiger antiseptischer Behandlung erfolgte die vollständige Heilung der Wunde in 15 Tagen.

Untersuchungen: Am 5. und am 7. October haben wir den Eiter, welcher sich spontan aus der Oeffnung des Abscesses entleerte, aufgefangen, von demselben zahlreiche, mikroskopische Präparate angefertigt, welche nach verschiedenen Färbemethoden behandelt wurden, und Impfungen auf den gewöhnlichen Nährböden angelegt.

Die mikroskopische Untersuchung stellte die Anwesenheit zahlreicher Staphylococcen fest, doch gelang es uns nicht Gonococcen zu finden.

Auf den Nährböden entwickelten sich sehr zahlreiche Colonien, namentlich vom Staphylococcus aureus und auch ablus, aber auf dem Serum Agar sahen wir auch nicht eine Spur von Gonococcenentwickelung.

XI. Fall. S. Adele, 18 Jahre alt, ledig, häuslich beschäftigt.

Anamnese: Seit ungefähr einem Jahre leidet die Patientin an reichlichem Ausflusse aus dem Genitale. Am 13. October 1893 empfand sie nach einem grösseren Marsche Jucken und lebhafte Schmerzen am äusseren Genitale.

Status praesens: 21. October 1893. Bei der Untersuchung des Genitales fanden wir in der unteren Hälfte des linken Labium einen Abscess; derselbe erstreckt sich bis zu dem unteren Ende der Nymphe. Die Schleimhaut erscheint über demselben gespannt, glänzend und stark geröthet. Bei der Palpation constatirt man sehr deutliche Fluctuation. Ferner erscheint die ganze Vulva geröthet, und aus der Vagina ergiesst sich schleimig eitriges Secret. Aus der Harnröhre dagegen lässt sich auch nicht das geringste Tröpfchen Secret ausdrücken.

In der linken Inguinalgegend eine nussgrosse schmerzhafte Lymphdrüse.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Vagina und von dem auf die gewöhnliche Weise mittels der Tursini'schen Spritze gewonnenen Inhalte des Abscesses wurden zahlreiche Präparate angefertigt.

Der Abscess wurde nun in der gewöhnlichen Weise behandelt, worauf die Abheilung in 18 Tagen erfolgte; an Stelle der linken Bartholin'schen Drüse blieb nur eine kaum wahrnehmbare Verhärtung zurück.

Von dem aus dem Abscesse gewonnenen Eiter wurden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt.





Im Vaginalsecrete fanden wir bei der mikroskopischen Untersuchung zahlreiche abgestossene Epithelien, Eiterkörperchen, Detritus und Staphylococcen in grosser Menge. Gonococcen fehlten vollständig.

Die Untersuchung des Abscesseiters ergab unzweifelhafte Abwesenheit von Gonococcen, aber die Anwesenheit von Staphylococcen, welche sich als Staphylococcus aureus und albus erwiesen, bei bedeutendem Ueberwiegen des ersteren. Auf dem Serum-Agar entwickelte sich keine Spur von Gonococcen.

XII. Fall. M. Katharina, 27jährige ledige Magd aus Radicondoli.

Anamnese: Die Patientin scheint vor 5 oder 6 Monaten Blenorrhoe acquirirt zu haben. Damals hatte sie einen eitrigen Ausfluss aus dem Genitale, welcher gelbgrüne Flecken auf ihrer Leibwäsche verursachte; sie musste sehr häufig uriniren und hatte dabei Schmerzen. Diese Erscheinungen gingen, wie die Patientin erzählt, allmälig zurück, und es verblieb nur eine spärliche Secretion. Mehrere Monate später, im October 1893, empfand sie ein Jucken im Bereiche des linken Labium, welchem leichte Schmerzen folgten. Nach ihrer Angabe fand sich damals am linken Labium selbst eine mässige Anschwellung. Seit einiger Zeit jedoch verschlimmerten sich die Erscheinungen, der Schmerz wurde immer heftiger, das linke Labium schwoll stärker an und die Patientin sah sich genöthigt, am 2. November in die Klinik einzutreten.

Status praesens: 2. November 1893. Das linke Labium erscheint sehr voluminös und geröthet, besonders in seinem unteren Theile. Hier ist deutliche Fluctuation vorhanden und aus der Mündung des Ausführungsganges der Bartholin'schen Drüse entleert sich spontan Eiter. Bei Druck längs der Harnröhre sieht man einen kleinen Eitertropfen hervortreten. Eine, wenn auch nicht sehr reichliche eitrige Secretion erfolgt auch aus der Vagina.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Vagina und der Urethra wurden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Ferner wurde in der gewöhnten Weise mittels der Tursini'schen Spritze etwas Eiter aus dem Abscesse gesammelt, und von demselben mikroskopische Präparate angefertigt und Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar angelegt.

Der Abscess, in der gewöhnlichen Weise antispeptisch behandelt, befand sich zur Zeit, als die Patientin am 6. November auf eigenen Willen die Klinik verliess, in fortgeschrittener Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung des Secretes der Urethra und Vagina erbrachte den sicheren Beweis, dass neben zahlreichen Staphylococcen auch Gonococcen im Inneren von Eiterkörperchen vorhanden waren, was auch durch das Verhalten derselben gegenüber der Gram'schen Färbemethode bestätigt wurde. In gleicher Weise fanden sich Staphylococcen und Gonococcen auch im Inhalte der Abscesshöhle vor.

In den Agar- und Gelatineculturen entwickelte sich der Staphylococcus albus, auf dem Serum-Agar jedoch fanden sich auch unzweifelhafte kleine Colonien des Gonococcus, was sowohl durch ihr charakteristisches



Aussehen als auch durch die Entfärbung der Coccen nach der Gram'schen Methode erwiesen wurde.

XIII. Fall. Assunta M., 20jährige ledige Magd aus Monte Savino.

Anamnese: Die Patientin erzählte, dass sie seit länger als einem Monate reichlichen eitrigen Ausfluss aus ihren Geschlechtstheilen habe, und dass sie beim Uriniren sowohl in der Vagina, als auch in der Vulva sehr lebhaft Schmerzen empfunden habe. Dennoch fuhr sie fort, ihre gewöhnliche Arbeit zu verrichten. Mit 14 Jahren begann bei ihr die Menstruation, dieselbe erfolgte stets regelmässig und schmerzlos.

Nachdem die oben erwähnten Schmerzen begonnen hatten, machte die Patientin grosse Waschungen des äusseren Genitales, welche ihr, wie sie angibt, eine gewisse Erleichterung verschafften. Desungeachtet dauerte der dicke, gelbliche Ausfluss ununterbrochen fort.

Am 23. März 1894 bemerkte sie eine Anschwellung im rechten Labium, welches gleichzeitig schmerzhaft wurde. Diese Schmerzen steigerten sich ganz besonders, wenn die Patientin gehen oder sitzen musste. Dabei wurde die Anschwellung allmälig grösser, und als die Patientin dadurch gehindert war, ihre Arbeiten zu verrichten, entschloss sie sich im Ambulatorium der Klinik Hilfe zu suchen.

Hier sahen wir sie am 1. Juni zum ersten Male und riethen ihr, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen.

Status praesens.: 1. Juni 1894. Das Orificium vaginae erscheint von Eiter bedeckt, welcher in reichlicher Menge aus der Vagina hervorquillt. Bei Druck längs der Harnröhre kann man auch aus dieser einen Tropfen Eiters entleeren. Nach Einführung eines kleinen Speculum in die Vagina sieht man aus dem Ostium Cervicis Uteri vaginale gleichfalls den charakteristischen schleimig-eitrigen Klumpen hervortreten.

Das Labium der rechten Seite erscheint bedeutend angeschwollen und geröthet, ganz besonders in seinen unteren zwei Drittheilen. Hier ist auch deutliche Fluctuation vorhanden.

Untersuchungen: Von dem eitrigen Secrete aus der Urethra, von dem eitrigen Ausflusse aus der Vagina werden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Nach vorhergegangener gründlicher Desinfection der betreffenden Theile wird die Nadel der in der Hitze sterilisirten Tursini'schen Spritze in den Abscess selbst eingestossen und eine gewisse Menge Eiters aspirirt, welche zur Anfertigung mikroskopischer Präparate und zur Anlegung von Impfungen auf Gelatine, Agar und Serum-Agar diente.

Der Abscess wurde sodann gespalten und antiseptisch behandelt. Am 24. Juli konnte die Patientin die Klinik vollständig geheilt verlassen.

Die mikroskopische Untersuchung des Secretes aus der Harnröhre und der Vagina ergab mit voller Sicherheit die Anwesenheit des Gonococcus Neisser neben anderen Mikroben. Die Gonococcen waren ausser an ihrer Form auch an ihrem Verhalten gegenüber der Gram'schen Färbung leicht zu erkennen.



Auch die Untersuchung des Abscessinhaltes liess mit Sicherheit die Anwesenheit von Gonococcen feststellen, jedoch fanden sich dieselben nur in einigen der zahlreichen untersuchten Präparate. Auch waren sie nur in geringer Menge vorhanden und fanden sich nur im Inneren von Eiterzellen vor. Die mit dem Inhalte der Abscesshöhle beschickten Gelatine-Culturen blieben steril; auf dem Serum-Agar dagegen zeigten sich nach 24 Stunden winzig kleine, durchscheinende Colonien, welche nur wenig und sehr langsam wuchsen. Die mikroskopische Untersuchung derselben liess uns dieselben als zweifellose Gonococcen erkennen.

XIV. Fall. C. Maria, 27jährige verheiratete Bäuerin aus Castellina in Chianti.

Anamnese: Die Patientin erzählt, dass sie vor etwas mehr als einem Monate in einem Dickichte plötzlich von einem Unbekannten überfallen und ihr daselbst Gewalt angethan worden sei. Kurze Zeit nachher bemerkte sie einen weissen Ausfluss aus dem Genitale, welcher sich mit der Zeit bedeutend steigerte und eine schmutziggelbe Farbe annahm. Gleichzeitig empfand die Patientin beim Uriniren ein brennendes Gefühl, welches immer heftiger wurde. Am 23. April 1895 entschloss sie sich endlich, die Hilfe unserer Klinik aufzusuchen.

Hier stellten wir das Vorhandensein einer Urethritis, Vaginitis und Metritis cervicalis blenorrhagica fest. Da die Patientin weit entfernt von Siena wohnte und da sie in ihrem eigenen Hause nicht täglich die gründliche Behandlung vornehmen konnte, riethen wir ihr, sich in die Klinik aufnehmen zu lassen. Entgegen ihrem Versprechen kam die Patientin erst am 10. des folgenden Maies wieder zur Consultation. Jetzt erzählte die Patientin, dass der Ausfluss in den letzten 12 Tagen in Bezug auf die Menge gleichgeblieben sei oder sich höchstens um ganz wenig vermehrt habe, dabei aber seinen entschieden eitrigen Charakter bewahrt habe; doch seien ausserdem lancinirende Schmerzen aufgetreten, anfangs nur gelinde, später immer heftiger, die sich in der Vulva localisirten. Beim Uriniren empfand sie ein gewisses Brennen. Ferner bemerkte sie, dass sich im linken Labium ein kleiner Tumor bildete, der sich von Tag zu Tag vergrösserte und schmerzhaft wurde.

Status praesens.: 10. Mai 1895. Vor allem bemerkt man einen starken eitrigen Ausfluss aus der Vagina.

Bei Druck längs der Harnröhre gelingt es, einen Tropfen Eiter aus derselben hervorzupressen. Nach Einführung eines kleinen Spiegels bemerkt man, dass ein reichlicher eitriger Ausfluss aus dem Orificium des Cervix Uteri hervorquillt.

Das Labium der linken Seite erscheint stark angeschwollen und heftig geröthet; mit Leichtigkeit lässt sich die Anwesenheit eines deutlich fluctuirenden Abscesses daselbst feststellen. Drüsenschwellungen sind jedoch nicht vorhanden.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Harnröhre und Scheide werden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Mittels der Tursini'schen Spritze wurde auf die gewöhnliche Weise eine gewisse

Menge des eitrigen Abscessinhaltes aspirirt und davon wurden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Auch wurden von diesem Eiter Impfungen auf Gelatine und Agar angelegt. Auf Serum-Agar konnte nicht geimpft werden, weil uns zu dieser Zeit gerade keiner zur Verfügung stand.

Dann wurde der Abscess gespalten, antiseptisch und mittels Injectionen von Jodoformemulsion behandelt, wobei die Patientin nach 22 Tagen von dem Abscesse selbst geheilt war.

Bei der mikroskopischen Untersuchung des Secretes der Harnröhre und der Scheide fanden wir unzweifelhafte Gonococcen, die sowohl durch ihre Gestalt als auch durch ihr Verhalten zur Gram'schen Färbung kenntlich waren. Daneben fanden sich in diesen Präparaten auch andere Mikroben.

Auch in dem Eiter des Abscesses selbst fanden wir den Gonococcus Neisser, jedoch in so geringer Menge, dass er nur in einigen wenigen der zahlreichen Präparate nachgewiesen werden konnte. Auch bemerkten wir die Anwesenheit eines Staphylococcus, welchen uns die Cultur als Staphylococcus aureus erkennen liess. Andersartige Colonien waren auf den Nährboden nicht gewachsen.

XV. Fall. Angiolina S., 42jährige verwitwete Magd aus Siena.

Anamnese: Die Patientin gibt an, dass sie seit mehr als einem Jahre an einem weissen Ausflusse aus den Geschlechtstheilen leide. Die Menses sind und waren immer regelmässig.

Seit vier Monaten ungefähr soll der Ausfluss aus den Geschlechtstheilen sich bedeutend vermehrt haben und eitrig geworden sein und habe gelbe Flecken auf ihrer Leibwäsche hinterlassen. Die Patientin habe wohl einige Schmerzen in der Leistengegend, aber kein Brennen beim Uriniren empfunden. Am 16. oder 17. April 1895 empfand sie im rechten Labium anfangs ganz mässige Schmerzen, die aber nach kurzer Zeit sehr heftig wurden, während gleichzeitig das Labium selbst anschwoll. Die Patientin hatte jedoch ihre gewöhnliche Beschäftigung nicht einen Augenblick unterbrochen. Aber zu Ende des Monates April wurden die Schmerzen besonders beim Gehen und auch beim Sitzen geradezu unerträglich; die Schmerzen liessen nur bei vollständiger Ruhe im Bette etwas nach. Als nun die Schmerzen tagsüber nicht mehr nur auf das Genitale beschränkt blieben, sondern auch gegen das Perineum ausstrahlten, entschloss sich die Patientin in das Krankenhaus einzutreten; dies geschah am 2. Mai 1895.

Status praesens.: 2. Mai 1895. Bei der Inspection bemerkt man eine sehr bedeutende Anschwellung des ganzen rechten Labium besonders in seinem unteren Theile. Dasselbe erscheint sehr heftig geröthet, zeigt eine bedeutend höhere Temperatur als die benachbarten Theile und ist äusserst schmerzhaft.

Bei der Palpation nimmt man einen Tumor von der Grösse eines kleinen Eies wahr, welcher vollständig fluctuirt und merklich hervorragt.



Die Leistendrüsen sind nicht angeschwollen. Aus der Harnröhre und aus dem Cervicalcanale fliesst ein Secret in mässiger Menge von entschieden eitrigem Charakter.

Untersuchungen: Besonders von dem Secrete aus der Urethra werden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt. Dann wurden die betreffenden Theile genau desinficirt und in der bereits geschilderten Weise wurde mittels der Tursini'schen Spritze eine gewisse Menge Eiter aus dem Abscesse im Labium aspirirt. Hernach Spaltung des Abscesses und antiseptische Behandlung. Die vollständige Heilung desselben verzögerte sich jedoch, da der Abscess kurze Zeit nach der Heilung recidivirte. Doch konnte die Patientin am 8. August 1895 die Klinik vollständig geheilt verlassen; auch die Urethritis und Metritis cervicalis waren geheilt.

Der Eiter aus dem Abscesse zeigte dickflüssige Beschaffenheit und war von blutigen Streifen durchzogen. Auch von diesem Eiter wurden zahlreiche Präparate angefertigt und verschiedene Impfungen auf Gelatine und Agar angelegt.

Mittels der zahlreichen Präparate gelang es leicht, im Inneren einiger Eiterkörperchen aus der Urethral-Secrete einzelne zweifellose Gruppen von Gonococcen nachzuweisen, welche sowohl an ihrer charakteristischen Form als auch an ihrer Entfärbung mit Gram zu erkennen waren. Die Doppelfärbung der Präparate nach der Behandlung mit Jodlösung liess alle Zweifel schwinden.

In dem mittels der Tursini'schen Spritze aspirirten Abscess-Eiter konnten wir neben sehr zahlreichen Mikroben nur in wenigen Eiterzellen und nur in einigen von den vielen angefertigten Präparaten mit Sicherheit spärliche, aber charakteristische Gonococcen auffinden.

Auf den künstlichen Nährböden, auf welche von dem Abscessinhalte überimpft worden war, wuchsen zahlreiche Colonien von Staphylococcus albus und Staphylococcus aureus.

XVI. Fall. Maria T. 36 Jahre alt, verheiratet, häuslich beschäftigt aus Siena.

Anamnese: Als sich die Patientin am 22. August 1895 zum ersten Male im Ambulatorium der Klinik vorstellte, erzählte sie, dass ihre Menstruation zwar regelmässig sei, dass sie aber fast ununterbrochen an weissem Flusse leide. Sie stellte jeden geschlechtlichen Verkehr ausser mit ihrem Manne entschiedenst in Abrede und behauptet auch, dass derselbe an keiner venerischen Erkrankung leide. Desungeachtet traten vor ungefähr 8 Tagen brennende Schmerzen beim Uriniren auf und die Patientin bemerkte eine Zunahme des Ausflusses aus der Vagina, welcher auch eine gelbliche Farbe annahm. Bei dieser ersten Untersuchung constatirten wir eine Vaginitis und auch eine Urethritis, da es gelang bei Druck längs der Urethra eine ziemliche Menge serös-eitrigen Secretes auszudrücken.

Sowohl von dem Secrete aus der Vagina als auch von dem aus der Urethra wurden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt.



Zwanzig Tage nach dieser ersten Untersuchung, also am 14. September, kehrte die Patientin wieder und erzählte, dass sie im Anschlusse an grosse körperliche Anstrengungen ein heftiges Jucken an der Vulva und gleichzeitig die Entwickelung einer Geschwulst im linken Labium bemerkt habe, deren Grösse und Schmerzhaftigkeit sich stetig steigerten.

Status praesens: 11. September 1895. Bei der Untersuchung des Genitales constatirt man eine Vulvovaginitis mit nicht allzureicher Secretion, und eine Urethritis, da man durch Druck längs der Urethra einen kleinen Tropfen Eiter aus der Mündung derselben hervorbringen kann.

Im Labium der linken Seite bemerkt man einen hühnereigrossen Tumor, welcher hauptsächlich die untere Hälfte des Labium selbst einnimmt. Man bemerkt auch eine bedeutende Anschwellung der Nymphe derselben Seite, welche geröthet und ödematös erscheint und ein viel grösseres Volumen als die Nymphe der entgegengesetzten Seite besitzt. Die Schleimhaut, welche den Tumor an der inneren Seite überkleidet, zeigt sich geröthet, glänzend und gespannt.

An dem mehr abwärts gelegenen Theile der Geschwulst des Labium zeigt sich deutliche Fluctuation. Die inguinalen Lymphdrüsen sind nicht angeschwollen.

Untersuchungen: Von dem Secrete aus der Vagina und aus der Urethra, welches bei der ersten Visite am 22. August gewonnen worden war, wurden viele Präparate angefertigt, und mit den verschiedensten Farbstoffen, auch mit der Doppelfärbung nach der Gram'schen Methode behandelt. In keinem dieser Präparate, weder in den von dem Urethralsecrete noch in den vom Vaginalsecrete stammenden gelang es, in gleicher Weise bei den einfach gefärbten wie bei den doppelt gefärbten auch nur eine Spur von Gonococcen nachzuweisen. Dagegen wurden zahlreiche andere Mikrobenformen gefunden, namentlich Staphylococcen und auch einzelne Streptococcen.

Am 11. September wurden neuerdings zahlreiche Präparate aus dem Secrete der Vagina und der Urethra angefertigt. Dann sammelten wir mittels der gewöhnlichen Tursini'schen Spritze, deren Hohlnadel in den abhängigsten Punkt des Abscesses eingestossen wurde, ein wenig vom eitrigen Inhalte des Abscesses selbst. Dieser wurde dann in der schon angegebenen Weise behandelt und heilte in 22 Tagen ab, indem an Stelle der Drüse selbst nur eine kaum wahrnehmbare Verhärtung zurückblieb. Von diesem aus dem Abscesse erhaltenen Eiter wurden zahlreiche Präparate angefertigt und Impfungen auf Gelatine und Agar angelegt.

Bei der Untersuchung des Secretes der Vagina und Urethra fanden sich sehr zahlreiche abgestossene Epithelien, Eiterzellen, Detritus und verschiedene parasitäre Formen, besonders Staphylococcen und Streptococcen, die letzteren in geringerer Menge als die ersteren. Gonococcen waren durchaus nicht nachweisbar. Die Untersuchung des Abscessinhaltes ergab zweifelloses Fehlen von Gonococcen und Vorhandensein von Streptococcen.



Auf den beiden verwendeten künstlichen Nährböden entwickelten sich nur Streptococcen. Nur in einem Röhrchen mit Gelatine konnten wir die Entwickelung einer Colonie des Staphylococcus albus bemerken, welcher wohl, wegen des vollständigen Fehlens in den übrigen Culturen, als ein zufälliges Hineingelangen dieses Coccus in die oben erwähnte Tube angesehen werden muss.

XVII. Fall. N. Clary, 26jährige ledige Dirne aus Vescia.

Anamnese: Patientin hat mehrere Male an Blenorrhoe gelitten, niemals eine Bartholinitis gehabt. Schon seit langer Zeit bemerkt sie einen mässig reichlichen eitrigen Ausfluss aus dem Genitale.

Zu Beginn des Januar 1896 bemerkte sie ein gewisses Jucken an der Vulva, ganz besonders im rechten Labium, und später immer heftigere Schmerzen; gleichzeitig entwickelte sich eine Geschwulst im Labium, die stetig grösser wurde.

Am 12. und 13. Januar waren die Schmerzen ausserordentlich heftig und die Patientin fühlte erst eine Erleichterung, als der Abscess im Labium am 14. Januar spontan durchbrach, wobei sich eine grosse Menge Eiters entleerte.

Nachdem aber in der Folge aus der spontan im Labium entstandenen Oeffnung fortwährend Eiter tropfte, entschloss sich die Patientin, am 16. Feber 1896 in die Klinik einzutreten.

Status praesens: 16. Februar 1896. Das Labium der linken Seite erscheint viel grösser als das der rechten Seite; die Anschwellung betrifft hauptsächlich die untere Hälfte desselben. Sieben oder acht Millimeter nach aussen und unterhalb des Ausführungsganges der Bartholin'schen Drüse bemerkt man eine kleine Oeffnung, aus welcher sich bei Druck einige Tropfen eines dicken, gelben, von blutigen Streifen untermischten Eiters entleeren. Bei dem Drucke empfindet die Patientin in diesem Labium einen gewissen Schmerz. Es gelingt nicht, aus der Urethra durch Fingerdruck einen Secrettropfen zu erhalten. Dagegen sieht man eine mässige Menge schleimig-eitrigen Secretes aus der Vagina und der Vulva hervorfliessen, welch letztere mässig geröthet erscheint.

Untersuchungen: Von dem vulvo-vaginalen Secrete wurden sehr zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt und mittels der verschiedenen Färbemethoden behandelt. Auch wurde der Eiter gesammelt, welcher sich aus der spontan entstandenen Oeffnung des Abscesses entleerte, und von demselben wurden zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt, welche verschiedenen Färbemethoden unterworfen wurden. Auch wurden damit Impfungen auf Agar und Gelatine angelegt.

Dann wurde die Oeffnung erweitert, die Wundhöhle gründlich desinficirt, und, nachdem die Abscesswände mit Chlorzinklösung behandelt worden waren, Jodoformemulsion in dieselbe injicirt.

Am 28. Februar konnte die Patientin die Klinik vollständig geheilt verlassen.

Im Vaginalsecrete fanden sich abgestossene Epithelien, Detritus, Eiterkörperchen. Von Mikroorganismen fanden wir kleine Bacillenformen,



Staphylococcen und eine geringe Zahl von Gonococcen im Inneren von einigen Eiterzellen.

In den von dem Inhalte des Abscesses selbst gewonnenen Präparaten fanden sich zahlreiche Eiterkörperchen und abgestossene Epithelien. Zwischen den Zellen und auch im Inneren derselben bemerkten wir Bacterien und Coccen in grosser Mannigfaltigkeit. Doch gelang es in keinem einzigen der vielen Präparate, die Anwesenheit von Gonococcen mit Sicherheit festzustellen.

In den Culturen konnten wir nur die Entwickelung von Colonien des Staphylococcus albus und des Staphylococcus aureus feststellen, die letzteren in viel grösserer Zahl als die ersteren.

Wenn wir nun die Resultate zusammenfassen, welche wir bei der Untersuchung der oben erwähnten 17 Fälle erhalten haben und besonders den positiven oder negativen Befund von Gonococcen bei jedem einzelnen Falle ins Auge fassen, so können wir folgendes feststellen:

Beim 1. Falle fanden wir den Gonococcus sowohl im Vaginal- und Urethral-Secrete, als auch im Inhalte der Bartholin'schen Drüse. In letzterer fand sich neben dem Gonococcus auch der Staphylococcus piogenes albus.

Im 2. Falle war der Befund von Gonococcen sowohl im Vaginalsecrete als auch im Inhalte der Drüse negativ; in letzterer fand sich der Staphylococcus aureus und der Staphylococcus albus, ersterer in grösserer Menge als letzterer.

Beim 3. Falle begegneten wir dem Gonococcus wohl im Secrete aus der Urethra und Vagina, aber nicht in dem Secrete, welches aus dem Ausführungsgange der Bartholin'schen Drüse erhalten worden war. In diesem fanden sich vorwiegend der Staphylococcus aureus und albus.

Beim 4. Falle machten wir dieselben Beobachtungen wie im 3. Falle. Im Abscessinhalte waren nur Staphylococcen vorhanden.

Beim 5. Falle begegneten wir sowohl im Secrete der Harnröhre und Scheide, als auch im Inhalte der Bartholin'schen Drüse dem Gonococcus. In letzterem fand er sich in Gesellschaft mit dem Staphylococcus aureus.

Beim 6. Falle fanden sich weder im Secrete aus der Vagina, noch im Abscessinhalte Gonococcen. In letzterem waren nur die gewöhnlichen piogenen Staphylococcen zu finden.

Beim 7. Falle gelang der positive Nachweis von Gonococcen im Secrete aus der Vagina, war aber für den Eiter aus der Bartholin'schen Drüse negativ. In letzterem wurde der Staphylococcus albus und das Bacterium coli gefunden.

Beim 8. Falle fand sich der Gonococcus im Secrete aus der Urethra, Vagina und dem Uterus, aber nicht im eitrigen Inhalte der Bartholin'schen Drüse. Hier wurde nur der Staphylococcus aureus, albus und das Bacterium coli beobachtet.



Der 9. Fall ergab weder im Secrete aus der Vagina noch im Eiter der Bartholin'schen Drüse einen positiven Gonococcenbefund. In letzterem war nur der Staphylococcus aureus vorhanden.

Beim 10. Falle Abwesenheit von Gonococcen im Eiter der Bartholin'schen Drüse, und nur Anwesenheit gewöhnlicher Staphylococcen.

Beim 11. Falle Abwesenheit von Gonococcen im Secrete der Vagina und im Inhalte des Bartholin'schen Abscesses; in letzterer Anwesenheit gewöhnlicher Staphylococcen, besonders des Staph. albus.

Beim 12. Falle fand sich der Gonococcus sowohl im Secrete aus der Urethra und der Vagina, als auch im eitrigen Inhalte der Bartholin-schen Drüse. In seiner Gesellschaft fand sich hier nur noch der Staphylococcus albus.

Beim 13. Falle Anwesenheit von Gonococcen im Secrete aus der Urethra und Vagina. Im Abscesseiter der Bartholin'schen Drüse fanden sich nur Gonococcen.

Beim 14. Falle fanden sich Gonococcen sowohl im Secrete der Urethra und Vagina, als auch im Eiter des Abscesses der Bartholin'schen Drüse; hier in Gesellschaft mit dem Staphylococcus aureus.

Beim 15. Falle waren Gonococcen sowohl im Secrete aus der Urethra, als auch in dem Inhalte des Abscesses der Bartholin'schen Drüse vorhanden, in Gesellschaft der gewöhnlichen piogenen Staphylococcen.

Beim 16. Falle war der Befund an Gonococcen in gleicher Weise für das Secret der Urethra und Vagina wie für den Inhalt des Abscesseiters negativ; in letzterem fanden sich nur Staphylococcen und Streptococcen.

Beim 17. Falle wurde der Gonococcus wohl im Secrete aus der Vagina, nicht aber im eitrigen Inhalte des Bartholin'schen Drüsenabscesses gefunden, in welch letzterem sich nur die gewöhnlichen Staphylococcen fanden, unter Vorherrschen des Staphylococcus aureus.

Bei diesen 17 Fällen von Bartholinitis, welche der diesbezüglichen Untersuchung unterzogen wurden, wurde der Gonococcus in dem aus den Geschlechtstheilen fliessenden Secrete 11mal vorgefunden. In den 6 übrigen Fällen war es nicht möglich, seine Anwesenheit festzustellen. Ein derartiger negativer Gonococcenbefund lässt uns im Vereine mit dem übrigen klinischen Befunde, welchen diese Patienten darboten, annehmen, dass bei diesen 6 Fällen auch die Bartholinitis nicht durch eine bei den betreffenden Frauen vorhandene Blenorrhoe bedingt worden war. Bei den übrigen 11 Fällen hingegen führt uns neben den vorhandenen Erscheinungen der positive Gonococcenbefund zu der Annahme, dass die Bartholinitis sich auf Grundlage der bei diesen Frauen vorhandenen Blenorrhoe entwickelt habe.

Demnach wären von diesen 17 Fällen von Bartholinitis 11 Fälle blenorrhagischer Natur, 6 nicht blenorrhagischer. sondern nur gewöhnlicher piogener Natur.

Bei diesen 11 Fällen jedoch, deren blenorrhagische Natur wegen des positiven Befundes von Gonococcen ausser jeden Zweifel gestellt war, bei diesen 11 Fällen blenorrhagischer Bartholinitis war jedoch nicht immer der Nachweis von Gonococcen auch im eitrigen Inhalte des Abscesses, welcher sich ausgebildet hatte, möglich.

Von diesen 11 Fällen von Abscess der Bartholin'schen Drüse, welcher nach einer unzweifelhaften Gonorrhoe des Weibes entstanden war, konnte nur in 6 Fällen die Anwesenheit von Gonococcen auch im eitrigen Inhalte des Abscesses selbst festgestellt werden. Bei den übrigen 5 Fällen war es nicht möglich, in diesem eitrigen Inhalte Gonococcen nachzuweisen.

Aber noch eine andere Thatsache geht aus unseren Untersuchungen mit voller Klarheit hervor: In 5 Fällen von den sechsen, bei welchen der Gonococcus im Abscesse der Bartholin'schen Drüse selbst gefunden wurde, war er nicht allein vorhanden, sondern in Gesellschaft gewöhnlicher Eitererreger.

Nur bei dem 13. Falle fand sich der Gonococcus im eitrigen Abscessinhalte, nicht mit anderen Mikroorganismen vermischt, vor.

Welche Rolle sollen wir nun dem Gonococcus in jenen Fällen zuschreiben, bei welchen sich derselbe im Abscesse der Bartholin'schen Drüse zwar nicht vorfindet, wo aber diese Bartholinitis durch eine bei der betreffenden Patientin vorhandene Blenorrhoe hervorgerufen wurde? Macht derselbe die Gewebe für eine secundäre Infection geeigneter und vermehrt er in diesem Falle die Virulenz gewisser Mikroorganismen, oder verringert er nur die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut? oder macht derselbe, ich möchte sagen, den anderen eitererregenden Mikroorganismen den Weg frei?

Gerheim erzählt bei dem Berichte über zwei von Bumm in seiner Privatpraxis beobachtete Fälle, dass bei dem einen derselben einen Monat nach dem Auftreten einer Blenorrhoe der Urethra und des Cervix eine gonorrhoische Infection des Ausführungsganges der linken Bartholin'schen Drüse stattgefunden habe, mit einer an Gonococcen ausserordentlich reichen Eiterung. Als einen Monat später die Entzündung



der ganzen Drüse eingetreten war, wurde dieselbe exstirpirt; obzwar nun das Epithel der Drüse fast vollständig zerstört war, fanden sich doch weder im Drüsengewebe noch im Eiter Gonococcen, aber überall, sowohl im Eiter als auch im Drüsengewebe selbst war der Staphylococcus aureus und nur dieser allein vorhanden. Im zweiten Falle handelte es sich gleichfalls um eine Blenorrhoe der Urethra und des Cervix, welche die blenorrhagische Infection der rechten Bartholin'schen Drüse zur Folge hatte. Der dicke, schleimig-eitrige Ausfluss, welcher aus dem Ausführungsgange derselben austrat, enthielt viele Gonococcen. Nachdem sich aber der Drüsenabscess gebildet hatte, war im Eiter desselben nicht ein Gonococcus mehr zu finden, wohl aber der Staphylococcus aureus und albus und Bacillen.

Diesen Beobachtungen gemäss habe es den Anschein, als ob die Gonococcen den gewöhnlichen Eitererregern nur den Weg eröffnen würden und letztere allein die Entwickelung des Drüsenabscesses bedingen würden.

Aber dieser Hypothese stehen jene Fälle gegenüber, bei denen ich in der deutlichsten und unzweifelhaftesten Weise Gonococcen im Inhalte des Drüsenabscesses selbst nachweisen konnte, und zwar in der Regel den gewöhnlichen Eitererregern vergesellschaftet.

Viel logischer dürfte daher die Hypothese sein, dass der Gonococcus in der Regel im Vereine mit diesen Eitererregern die Entstehung des Abscesses hervorrufe und mit dem allmäligen Fortschreiten der Entwickelung desselben verschwinde, und sich später, zur Zeit der Untersuchung, nicht mehr in demselben vorfinde.

Auf diese Weise hätte man doch eine Erklärung sowohl für jene Fälle, bei denen der Gonococcus im eitrigen Inhalte des Abscesses vorgefunden wurde, als auch für jene, bei denen er in demselben nicht zu finden war.

Die ersteren wären jene, bei welchen der Entwickelungsgang der Gonococcen noch nicht abgelaufen wäre, die letzteren jene, bei welchen der Lebenslauf der Gonococcen zur Zeit der Untersuchung bereits sein Ende erreicht hätte.

Bei der Ungewissheit, welche bis jetzt noch über die Pathogenese der Abscesse der Bartholin'schen Drüse besteht, bei dem Zwiespalte der Meinungen, welche unter den Autoren, die sich bis heute mit diesem Gegenstande befasst haben, noch herrscht, indem die einen meinen, dass derartige Abscesse con-



stant der Blenorrhoe zugeschrieben werden müssen, während für andere die Abscesse nur in einer grossen Zahl der Fälle blenorrhagischer Natur sind, für wieder andere nur in einer kleinen Zahl, bei dieser Verschiedenheit der Meinungen also kann ich aus meinen Untersuchungen den Schluss ziehen, dass die Blenorrhoe thatsächlich nicht die einzige Ursache für die Entstehung der Bartholinitis abgibt, und dass dieselbe nicht, wie einige wollen, immer und sozusagen ausschliesslich durch den Gonococcus hervorgebracht wird, da es doch in einigen Fällen möglich ist, die blenorrhagische Natur der Erkrankung mit Sicherheit auszuschliessen. Für diese Fälle wurde durch die hier vorliegenden Untersuchungen doch in klarer Weise bewiesen, dass die Bartholinitis durch secundäre Infection von sicher nicht blenorrhagischer Natur bedingt wurde.

Durch diese Untersuchungen kommen wir dazu zwei grosse und ganz verschiedene Gruppen von Entstehungsursachen der Bartholinitis anzunehmen:

Die erste, und entschieden die bedeutungsvollere Gruppe ist durch die Blenorrhoe bedingt, sei es durch eine primäre, oder, wie dies wohl häufiger geschieht, durch eine secundäre von Seiten einer Urethritis, Vulvovaginitis oder Metritis, die sich auf die Drüse überträgt.

Die zweite ist durch gewöhnliche Eitererreger auf mannigfache Weise und durch verschiedene vorhergegangene Umstände bedingt.

Das Verhältniss der ersten zur zweiten Gruppe lässt sich bei meinen Untersuchungen durch folgende Zahlen feststellen: $^2/_3$ der Fälle dürften blenorrhagischer Natur sein, $^1/_3$ gewöhnlicher piogener Natur.

Alle Ursachen, welche einen Reiz herbeiführen, als Traumen, die Beschäftigung, dürften auch die Bedingungen abgeben, welche die Entstehung der Bartholinitis, sowohl der blenorrhagischen, als auch der einfachen piogenen begünstigen. Dieselben dürften den Boden für das Eindringen der Gonococcen oder der gewöhnlichen Eitererreger vorbereiten. Aber wie aus den oben angeführten Krankengeschichten hervorgeht, dürfen sie nicht als nothwendige Bedingungen der Entstehung der Bar-



tholinitis angesehen werden, da sich eine solche auch unabhängig von diesen entwickeln kann.

Aus den vorliegenden bacteriologischen Untersuchungen können wir nun folgende Schlüsse ziehen:

1. **Die Bartholinitis kann sowohl blenorrhagischer als auch nichtblenorrhagischer Natur sein.**

2. **Die erstere ist viel häufiger als die letztere und bildet nach meinen Untersuchungen $^2/_3$ der Fälle.**

3. **In den Fällen blenorrhagischer Bartholinitis ist die Anwesenheit von Gonococcen zur Zeit der Untersuchung nicht constant. Wenn sich dieselben vorfinden, begegnet man sie gewöhnlich in Gesellschaft des Staphylococcus aureus und albus, häufiger in der ersteren als in der letzteren.**

4. **Bei jenen Fällen blenorrhagischer Natur, bei denen Gonococcen nicht mehr gefunden werden, und bei der nicht blenorrhagischen Bartholinitis sind in der Regel die gewöhnlichen Eitererreger vorhanden.**

5. **Alle jene Ursachen, welche wir als begünstigende Momente für die Entstehung der Bartholinitis festgestellt haben, als Traumen, Beschäftigung, dürfen aber nicht als eigentliche Ursache derselben angesehen werden, sondern nur als zufällige, nicht aber als nothwendige, indem sie nur die Entwickelung sowohl der blenorrhagischen als auch der gewöhnlichen pyogenen Form begünstigen.**

(Schluss folgt.)



Ueber Befunde im Sclerosen-Secret.

Von

Dr. **Kuznitzky**
in Köln a/Rhein.

(Hierzu Taf. II.)

Die im Folgenden mitgetheilten Secret-Befunde, vereinzelt wie sie sind, zu veröffentlichen, lag bis vor Kurzem nicht in meiner Absicht, weil ich mir wohl bewusst bin, dass sie, wenn auch eigenartig und auffallend, doch vorläufig keine Verallgemeinerung, keine Schlussfolgerungen zulassen. Dazu ist bis jetzt die Anzahl meiner diesbezüglichen Präparate, und namentlich die Anzahl der gleichartig ausgewählten und untersuchten Fälle (zwei) noch viel zu klein, es fehlen noch Controlversuche — kurz es ist kein abgeschlossenes Untersuchungsresultat, das ich hier vorlegen kann.

Die Veranlassung, trotz dieser Bedenken meine Befunde dennoch schon jetzt zu veröffentlichen, gab mir die im Octoberheft dieses Archivs erschienene Mittheilung Winkler's „über tingible Kugeln in syphilitischen Producten". Die Tafeln nämlich, die er seiner Publication beigibt, zeigten mir in den Figuren 1—8 und 11 auf den ersten Blick das vollständige morphologische Uebereinstimmen seiner Befunde mit einem Theil der meinigen.

Nun wäre allerdings die Thatsache, dass Winkler bei *Lupus*, wenn auch bis jetzt nur ein einziges Mal, ähnliche Gebilde fand, geeignet, alle ätiologischen Vermuthungen, die sich an diese Befunde in syphilitischen Producten knüpfen könnten,



gegenstandslos zu machen. Doch ist nach Winkler's Beschreibung zunächst daran festzuhalten, dass nur eine Aehnlichkeit, keine Gleichheit besteht: Den tingiblen Gebilden bei Lupus fehlt der helle Innenfleck.

Winkler neigt vorläufig der Meinung zu, dass es sich bei allen diesen Gebilden um Kernerkrankungen handle. Die tingiblen Gebilde in meinen Präparaten aber, die sonst mit Winkler's tingiblen „Kugeln“ nach dessen Beschreibung und Abbildung völlig übereinstimmen, haben, das glaube ich mit Sicherheit behaupten zu dürfen, nichts mit Zellkernen gemein. Bevor ich auf Einzelheiten eingehe, gebe ich zunächst die Beschreibung der Materialentnahme und des angewandten Färbeverfahrens.

Mit Untersuchungen über das Einwirken von Pikrinsäurelösungen auf das tinktorielle Verhalten seröser Substanzen (Secrete u. s. w.) beschäftigt, bekam ich kurz nacheinander (beiläufig Ende August und Anfangs September d. J.) zwei Patienten mit frischen, noch nicht specifisch behandelten, oder verätzten, ganz oberflächlichen, glatten Sclerosen (Erosions chancriformes) in Behandlung. Die eine Sclerose (L.) sass auf dem Penisschaft, die andere (W.) auf dem Schleimhautblatt des Präputiums, an den Sulcus angrenzend. Bei Sclerose L. waren ungefähr 4 Wochen, bei Sclerose W. $2^1/_2$ Wochen seit der Infection verstrichen. Die Sclerosen wurden zunächst mit feuchter Watte (übermangansaures Kali) abgewischt; ich wartete darauf das Aussickern von Serum ab (Leloir'sches Symptom), wischte wieder ab (mit trockner Watte) und erst das jetzt, nach zweimaliger Reinigung der Sclerose, bei einigem Abwarten wiederum aussickernde, etwas bluthaltige Serum wurde theils mit ausgeglühter Platinöse, theils durch directe Oberflächenberührung mit dem Objectträger zur Untersuchung entnommen. Nach gleichmässigem Ausbreiten lässt man die Schicht bei Zimmertemperatur lufttrocken werden. Dann Auftröpfeln einer kaltgesättigten, wässrigen Pikrinsäurelösung. Sofortiges Abgiessen derselben und Spülen in reichlichem Wasser (man lässt das Präparat am besten von einem schwachen Wasserleitungsstrom berieseln) so lange, bis bei Durchsicht auch an dickeren Stellen der Secretschicht kaum noch ein

schwach gelblicher Schimmer von der Pikrinsäure zurückbleibt. Jetzt erst Trocknen über der Flamme. Auftröpfeln alkalischen Methylenblaus. Nach wenigen Secunden Abspülen mit Wasser. Nochmaliges Trocknen über der Flamme.

Derartig behandelt zeigen die Präparate zwar keine elective Färbung, doch unterscheiden sie sich von Strichpräparaten, die nicht mit Pikrinsäure vorbehandelt, sondern einfach durch Hitze fixirt und mit Methylenblau gefärbt sind, dadurch, dass das Protoplasma der Leukocyten einen graugelblichen Ton hat, der Zellleib als solcher also deutlich sichtbar ist. Die rothen Blutkörperchen ferner zeigen im Allgemeinen ihre Eigenfarbe, sind stellenweise mehr ockergelb, an anderen Stellen dagegen etwas abgeblasst.[1]) Die Serumschicht ist je nach ihrer Dicke blass-violett bis röthlich-violett gefärbt.

Ich fand nun in einer beträchtlichen Anzahl rother Blutkörperchen und in verhältnissmässig viel weniger zahlreichen Leukocyten intensiv dunkelblau gefärbte Gebilde von annähernd runder Gestalt, mit hellem, unregelmässig breitem Hof und je einem hellen, bald centralen, bald excentrisch gelegenen Fleck, der oft sehr klein (Fig. 1, 2, 4), aber stets deutlich sichtbar ist. In den Leukocyten liegen die Gebilde stets unabhängig neben dem Kern, und sind von ihm durch ihre viel intensivere Färbung auf's Deutlichste unterschieden (Fig. 4, 5, 6). Die kleinsten dieser Körperchen messen im Ganzen $1\frac{1}{2}$ bis 2 μ. In einzelnen rothen Blutkörperchen aber erreichen sie eine Grösse von $5-5\frac{1}{2}$ μ. In diesen grossen Gebilden findet man statt eines gelegentlich mehrere helle Innenflecke (ich beobachtete bis zu fünf), die meist eine deutlich regelmässige, concentrische Lage einnehmen. (In Fig. 7 habe ich ein vierfleckiges Körperchen abgebildet.) Auch frei, im Serum, fand ich die kleinen einfleckigen (Fig. 6) und grössere mehrfleckige Körperchen. Während ihre Gestalt, wie bereits erwähnt, meist

[1]) Wenn man nach dem Abspülen der Pikrinsäure die Methylenblaulösung auftropft ohne vorher zu trocknen, nehmen die rothen Blutkörperchen einen graublauen bis schwach violetten Ton an. (Vergl. darüber die betreffenden Angaben in meiner Publication „Zellkerne mit homogener Substanz," dieses Archiv, Bd. XLVI.)

rund (Fig. 1, 2, 4) oder doch annähernd rund ist (Fig. 3, 5, 6), traf ich einmal auch eine längliche Form an (Fig. 8), die aber wahrscheinlich auf Deformirung zurückzuführen ist, zumal sie auch in der Richtung des Ausstrichs orientirt war. In dem Fall W. ($2^1/_2$ Wochen alte Sclerose) bei dem ich die eben beschriebenen Gebilde ganz ungleich spärlicher antraf, als im Fall L. (4 Wochen alte Sclerose) fand ich dagegen ausserdem zahlreiche komma- bis halbmond- bis halbkreisförmige Gebilde (Fig. 9), die eine unverkennbare Aehnlichkeit mit Spirillen besitzen, aber — wenigstens in Form und Grösse der am häufigsten vorhandenen Exemplare (Fig. 9a), — auch an die „Halbmonde" der Malaria-Plasmodien erinnern. Ihre Grundsubstanz ist blauröthlich gefärbt und darin eingelagert befinden sich helle, runde, perlschnurartig angereihte Fleckchen.

Coccen oder Bakterien traf ich in keinem der Präparate an.

Bei Untersuchung des Secrets vom zweiten Fall (W.) im hängenden Tropfen fand ich in einigen wenigen rothen Blutkörperchen helle, runde, undifferenzirte Flecke, die ihrer Grösse nach den tingiblen Körperchen entsprechen konnten. Von den Halbmonden, die im gefärbten Präparate ziemlich zahlreich sind, war im hängenden Tropfen nichts wahrzunehmen. Eigenbewegung konnte ich in den Präparaten nirgends constatiren. Allerdings stand mir kein heizbarer Objecttisch zur Verfügung, so dass z. B. auch die Leukocyten bei der Untersuchung keine Bewegung mehr zeigten.

So weit meine Befunde. Ob die tingiblen, rundlichen und die „Halbmond"-Gebilde zusammengehören (etwa wie bei den Malaria-Plasmoiden) und ob sie in ihrem gegenseitigen numerischen Verhältniss von einander abhängig sind, oder ob die in Fig. 9 abgebildeten Formen nur zufällige, bedeutungslose Befunde sind, lässt sich vorläufig natürlich noch nicht sagen. Ebensowenig lässt sich zur Zeit entscheiden, ob die rundlichen tingiblen Elemente etwa als Plasmodien aufzufassen sind. Dass diese rundlichen Gebilde aber jedenfalls keine bedeutungslosen Befunde sind, scheint mir ziemlich sicher, weil sie morphologisch mit den „tingiblen Kugeln" übereinstimmen, die Winkler electiv nach andrer Methode stets in syphilitischen

Producten gefunden hat. Während nun bei Winkler's Befunden die Möglichkeit vorliegt, die „tingiblen Kugeln“ als Zellkernabkömmlinge anzusehen, ist diese Deutung bei meinen Präparaten nach Ort und Art der Befunde mit ziemlicher Sicherheit auszuschliessen.

Uebrigens will es mir scheinen, als ob auch eine der Winkler'schen Abbildungen selber gegen die Zellkern-Deutung spräche, nämlich seine Figur 11.

Es ist das der Schnitt durch eine Papel, in der ausser den beiden „tingiblen Kugeln“ auch einige Mitosen die elective Färbung Winkler's in genau gleicher Nuancirung angenommen haben. Eine der „Kugeln“ liegt, wie das aus der Zeichnung ersichtlich und wie Winkler es ausdrücklich angibt (pag. 7) in einer Zelle mit stark gefärbtem Kern. Es besteht also hier ein Nebeneinander von Zellkern und „Kugel“ in einer Zelle.

Andrerseits legt die gleiche Figur auch möglicherweise eine Erklärung des Winkler'schen Befundes bei Lupus (Fig. 12) nahe: in Fig. 11 ist der eben erwähnte Zellkern, der die intensive Toluidin-Färbung in der gleichen Nuancirung angenommen hat, wie die Mitosen im nämlichen Schnitt, wahrscheinlich ebenfalls in Kerntheilung begriffen und entspräche dann dem ersten Kerntheilungsstadium: der noch nicht in Fäden differenzirten Knäuelform. Dieselbe Deutung wäre auch bei dem Lupusbefunde in Fig. 12 möglich, wenn sich etwa auch hier noch andere Mitosen im Schnitt befinden.

Nachuntersuchungen an geeignetem Material (für Gewebe mit der Toluidin-, für Secrete mit der Toluidin- und der Pikrinsäure-Methode) werden wohl bald Klärung bringen — im positiven oder negativen Sinne.

Köln a/Rh., im November 1898.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. II.

Die Figuren auf Taf. II sind sämmtlich bei 1000facher Vergrösserung (Apochromat 2,0 *mm*, Apert. 1,30 mit Compensations-Okular 8) gezeichnet.

Aus Dr. Max Joseph's Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Beitrag zur Histologie der gummösen Lymphome.

Von

Dr. **Georg Löwenbach**
aus Wien.

(Hierzu Taf. III.)

Während in der Frühperiode der Syphilis die Lymphdrüsenschwellungen zu den gewöhnlichsten Symptomen gehören, haben wir von den gummösen oder „tertiären" Lymphomen nur geringe Kenntniss; häufig sind sie keinesfalls. Fournier (1) gibt in seiner Statistik über die in 3429 Fällen „tertiärer" Lues befallenen Organe kein einzigesmal, Golod (29) in 557 Fällen einmal die Lymphdrüsen als Sitz gummöser Erkrankung an. Dagegen findet man sie in den neueren Lehrbüchern der Syphilis und der pathologischen Anatomie erwähnt.

So äussert sich Neumann (2) auf S. 175, dass als Reproductionsherde des syphilitischen Virus vorwiegend die Lymphdrüsen anzusehen seien. „Selbst im Blute könne die syphilitische Substanz nicht dauerhaft enthalten sein, sie verdankt vielmehr ihre Existenz dem Bestehen localer Herde (Lymphdrüsen) . . . Somit sind die Kriterien für den Fortbestand der Syphilis in den noch bestehenden Herden in den Lymphdrüsen zu suchen. Virchow führt für diese Erfahrungen die Ansichten von Ricord und Sigmund an, welche das Bestehen von oft sehr kleinen und vereinzelten Lymphdrüsen als das schlimmste prognostische Zeichen ansehen." (S. 88.) „Der Verlauf dieser syphilitischen Lymphdrüsenaffection ist chronisch und äusserst langwierig. Nicht selten besteht dieselbe Monate, ja sogar Jahre hindurch; selbst wenn die Drüsen verkleinert sind, können sie durch äussere Ursachen, anstrengende Bewegungen, ein Trauma und

dergleichen, auch wenn bereits Jahre nach der Infection verstrichen sind, neuerdings anschwellen. Es können sich in solchen Fällen faustgrosse und selbst grössere Tumoren entwickeln, für deren Entstehung, wenn andere Dyskrasien ausgeschlossen werden können, nur Syphilis als Ursache angenommen werden kann."

Ferner findet man die Möglichkeit gummöser Degeneration der Lymphdrüsen erwähnt von Orth (3)[1]), Bäumler (31)[2]), Auspitz (32)[3]), Birch-Hirschfeld (4), Lang (5), Ziegler (6), Max Joseph (64), Billroth (7), während Cornil (8) und Laucecreaux (9) sogar mikroskopische Beschreibungen geben, jedoch nur von Schwellungen retroperitonealer und mesenterialer, nicht subcutaner Drüsen bei tertiärer Syphilis.

Im Allgemeinen wurde die Aufmerksamkeit, speciell auf die klinische Seite der Affection, durch Ramage (10) und Lustgarten (11) gelenkt.

Letzterer veröffentlichte 4 eigene Fälle von gummösem Lymphom, darunter einen, wo die Schwellung direct im Anschluss an ein Trauma auftrat; er hält sie für nicht so selten, wie allgemein geglaubt wird, und fordert zu schärferer Beobachtung auf. Er spricht die Ansicht aus, dass diese Lymphome oft klinisch, ja sogar mikroskopisch für bösartige Tumoren, Sarcome, gehalten werden und beruft sich zur Stütze dieser Behauptung auf v. Esmarch (12), der direct einen grossen Theil der als Sarcome diagnosticirten Tumoren (speciell der Nase und des Halses) als von rechtswegen zu den Syphilomen gehörig betrachtet; auf Billroth (7), der drei Tumoren des Halses auf Darreichung von Jodkali rapid schwinden sah; auf Langenbeck (13), der in zwei Fällen von unter der Diagnose bösartiger Tumoren exstirpirten Lymphdrüsen mikroskopisch Syphilis feststellen konnte; auf Wagner (14), welcher eine von Wunderlich für Lymphosarcom erklärte Geschwulst für ein Gumma einer Lymphdrüse hält.

In Zusammenhalt mit diesen, sowie seinen eigenen Fällen und den Einzelbeocachtungen von Salneuve (15), Des Ruelles (16), Sarrhos (17), Potain (18), Gonnet (19), Cahn (20), Vernueil (21), Homolle (22), Cooper (23), Cunningham (24) stellt dann Lustgarten ein allgemeines klinisches Bild der Affection auf: mehrere, mitunter aber viele Jahre nach Acquisition der Syphilis erscheinen entweder neben anderen Symptomen „tertiärer" Syphilis, seltener isolirt und dann noch schwerer zu diagnosticiren, einzelne oder multiple Lymphome. „Die Grösse schwankt von einer Kirsche bis zu einer Orange . . . . . Die Drüsen sind in der

---

[2]) „Die Ausgänge der Lymphdrüsenschwellung (Resorption, Verkäsung, Vereiterung) können auch einen noch speciellern syphilitischen Charakter annehmen, indem die Hyperplasie der Drüse den Verlauf des Gumma nimmt."

[3]) Auspitz bezeichnet als „specifische Infectionsbubonen jene in den Spätstadien der Syphilis auftretenden Drüsengeschwülste, welche den syphilitischen Gummen anderer Organe sehr nahe stehen."

Regel indolent oder bei Druck empfindlich; selten scheint eine excessive Schmerzhaftigkeit wie bei bösartigen Tumoren vorzukommen (Langenbeck) . . . . Die gummösen Lymphome erscheinen im Beginn auf ihrer Unterlage und untereinander mässig verschiebbar. Bei längerem Bestande bilden sich schwielige und narbige Verwachsungen, welche die wie Drüsen untereinander und mit ihrer Unterlage fest fixiren und die sich in die Septen der Fascien hinein erstrecken, so dass sich der chirurgischen Auslösung der Lymphdrüsen sehr grosse Schwierigkeiten entgegenstellen . . . Die Haut ist und bleibt über vielen Drüsen mässig verschiebbar. An anderen Stellen, zumeist den prominentesten, verwächst sie mit der Drüsenkapsel. Erweicht oder verkäst dann die Drüse, so wird die Haut meistens einbezogen, sie röthet und infiltrirt sich, wird braunroth, livid, verdünnt sich sodann und lässt nach ihrer Perforation eine honigartige, Gewebstrümmer führende, klebrige, oder eine mehr puriforme, graugelbliche Masse zutage treten. In anderen Fällen greift der Process nach dem Durchbruch auf die Haut über und führt zu ausgedehntem serpiginösem, ulcerösem Syphilid."

Ramage (10) veröffentlicht mit Benützung der Fälle von Gonnet (19), Campana (25) und Bourdon (26) 10 Fälle von gummösem Lymphom der Inguinal-, Submaxillar- und Supraclaviculardrüsen und kommt zu folgender, sich mit Lustgarten's Beschreibung deckender klinischen Conclusion: „La dégénérescence gommeuse des ganglions est une lésion tertiaire de la Syphilis généralement rare. Elle apparaît ordinairement plusieurs années après l'accident initial. Elle peut se présenter en même temps que d'autres accidents tertiaires ou bien comme phénomène isolé de la diathèse syphilitique. Le nombre des ganglioms est en général peu considérable, un ou deux, trois au plus. Les ganglions les plus fréquemment atteints sout ceux des régions inguinales, submaxillaires et cervicales. Traitement général: jodure de potassium . . . et préparations hydrargyriques."

Seitdem erschienen an einschlägigen, die oben citirten Angaben bestätigenden Publicationen noch die von Bier (27), Busch (28), Gold (29), Carunsi (30), ferner insbesondere noch von v. Zeissl (33) und Guttmann (34).

v. Zeissl beschreibt einen Patient, bei dem 17 Jahre post infectionem sich in der Axilla, Inguinal- und Inframaxillargegenden taubeneigrosse Lymphdrüsen zeigten, die auf Gebrauch von Roncegnowasser, sowie localer Application von Jodtinctur nicht zurückgingen; da sich herausstellte, dass bis dahin überhaupt noch keine antiluetische Therapie angewendet gewesen war, wurde eine Schmierkur mit gleichzeitigem Gebrauch von Decoctum Zittmanni und hierauf Jodbäder verordnet; daraufhin schwanden die Tumoren. — $1\frac{1}{2}$ Jahre später neuerdings gummöse Infiltrate an der linken Unterlippe, linkem Nasenflügel, weichem Gaumen; innerlich Jodkali, — Zerfall und Ulceration der Gummen, hierauf unter Schmiercur Reinigung der Geschwüre. Ein Jahr später nochmals Infiltrat am weichen Gaumen, gleiche Therapie, gleicher Verlauf.



Guttmann [34] veröffentlicht aus Max Joseph's Poliklinik vier Fälle von Lymphdrüsengummen, darunter einen im Anschluss an ein Trauma, alle auf Jodkaligebrauch prompt zurückgehend. Er wendet sich auf Grund seiner eigenen und der aus der Literatur heranzuziehenden Fälle gegen die übrigens ziemlich isolirte, von Thayssen [35] herrührende Ansicht, die Lymphdrüsengummen seien so selten, weil die Lymphdrüsen durch die so häufigen, während der Secundärperiode auftretenden indolenten Bubonen gegen spätere Localisation der Lues in ihnen immunisirt werden — eine Ansicht, der ausser der klinischen Erfahrung auch die häufige Localisation von Hautgummen an vorher von constitutionellem Exanthemefflorescenzen besetzten Stellen widerspricht.

In Bezug auf den Verlauf und die Wirkung der Therapie kommt auch Guttmann zu den gleichen Ansichten wie sein Vorgänger: „Bleiben sie sich selbst überlassen, so bilden sie sich entweder in den seltensten Fällen spontan zurück oder gewöhnlich verwachsen die Drüsen fester mit der Nachbarschaft, so dass dann eine Ausschälung fast unmöglich wird. Es kommt dann zu einer centralen Einschmelzung, so dass ein Gefühl der Fluctuation erzeugt wird. Die Haut verfärbt sich dunkelroth bis livide, wird immer dünner und schliesslich kommt es zum Durchbruch, indem ein charakteristisches Geschwür entsteht." Wirkung der Therapie: Die Gummen atrophiren fettig und kommen zur Resorption. Auf wenige Flaschen Jodkali verkleinern sich die Tumoren . . . „comme par enchantement."

Chronologisch die letzte ist die Publication von Montgomery [36] mit zwei Fällen:

1. 30jähriger Mann, der vor vier Jahren Lues acquirirt, antiluetisch behandelt und seitdem kein Recidive beobachtet hatte, weist eine nussgrosse Lymphdrüsenschwellung unter dem linken Sternocleidomastoideus auf. Therapie Jodkali — Schwund des Tumors.

2. 31jähriger Mann mit vor 10 Jahren acquirirter und behandelter Lues; vor fünf Jahren Halsdrüsen-, vor drei Jahren Achseldrüsen-, vor fünf Jahren wieder Halsdrüsenschwellung, jedesmal auf antisyphilitische Therapie verschwindend. Jetzt über dem linken Schlüsselbein eine grosse, über dem rechten eine kleine Geschwulst, beiderseits taubeneigrosse Drüsen in axilla und in inguine, eine bohnengrosse Drüse an der rechten Thoraxseite über den Rippen, alle derb, beweglich, Haut verschieblich; Leukämie durch Blutuntersuchung ausgeschlossen, aber Verdacht auf Pseudoleukämie. Zur Entscheidung wurde Jodkali gegeben, aber nicht vertragen und daher zeitweise ausgesetzt, so dass nach 13 Monaten die meisten Tumoren zwar geschwunden waren, in der linken Axilla jedoch eine harte bohnengrosse Drüse persistirte.

Dieser Fall leitet zugleich über zur schwierigsten bei einer Besprechung unseres Themas in Betracht kommenden Frage, der häufig so zweifelhaften Differentialdiagnose gegenüber Pseudoleukämie (malignem Lymphom, Lymphosarcom und Sarcom).



Nach Montgomery „liegt die Gefahr besonders nahe, dass diese Tumoren irrthümlicherweise für maligne Lymphome gehalten werden. Das maligne Lymphom ergreift häufig zuerst eine der Drüsen an der Seite desHalses und das kann auch die syphilitische Affection; das maligne Lymphom recidivirt nach der Exstirpation, die syphilitische Drüsenvergrösserung kann das ebenfalls scheinbar thun, wahrscheinlich durch die spätere Betheiligung einer benachbarten Drüse . . . und endlich können selbst bei mikroskopischer Untersuchung feinere anatomische Differenzen, welche eine Differentialdiagnose zwischen beiden Affectionen ermöglichen, fehlen. Wenn man also zufällig die antisyphilitische Behandlung nicht versucht, so kann eine vollkommene Nachahmung in Bezug auf jede Einzelheit des klinischen Bildes und des anatomischen Baues vorliegen."

Was das klinische Bild anbelangt, so sind ausser den schon erwähnten Fällen von Wagner-Wunderlich (14), Langenbeck (13) und der Ansicht von v. Esmarch (12) sehr lehrreich der Fall von Lannois und Lemoine (37) und der von Trousseau (38).

In ersterem Fall sollten einem Patienten, dessen Leiden für malignes Lymphadenom gehalten wurde, eben die erkrankten Halsdrüsen exstirpirt werden, als man an ihm deutliche Zeichen anderweitiger tertiärer Syphilis entdeckte; man versuchte eine antiluetische Behandlung, und er wurde in verhältnissmässig kurzer Zeit geheilt.

Der zweite Fall bietet hiezu ein Gegenstück: Ein 53jähriger Mann, bei dem die Anamnese eine in der Jugend durchgemachte Lues ohne Recidive ergab, wurde von Schwellung der Halslymphdrüsen befallen; trotz Gebrauch von Jodkali wurden die Tumoren nicht nur nicht kleiner, sondern auch in inguine et axilla entwickelten sich Lymphome, und unter fortschreitendem Marasmus erlag der Kranke seinem Leiden. Also Diagnose e therapia: malignes Lymphom („On pourrait donc confondre aisément l'adénie avec la dégénérescence gommeuse. La marche de la maladie et le traitement seront les bases sur lesquelles ons' appuriera pour les différencier.")

Man sieht also, dass in zweifelhaften Fällen erst der Verlauf und die Einwirkung von Jodkali einen Fingerzeig geben. Langenbeck (13) sagt: „Man muss leider bekennen, dass weder der äussere Habitus, noch die objectiven und subjectiven Begleiterscheinungen vor diagnostischen Fehlern sicherstellen. Dazu kommt noch, dass der makroskopische und mikroskopische Befund der exstirpirten Geschwülste nicht immer so charakteristische Merkmale bietet, um Irrthümer mit Sicherheit auszuschliessen.

Auch Ziegler (6) findet „die Entscheidung mehr im klinischen Verhalten als in der histologischen Untersuchung."

v. Esmarch (12), der, wie erwähnt, einen grossen Theil der unter der Diagnose Sarcom exstirpirten Tumoren als zu den Syphilomen gehörig betrachtet, nimmt sogar direct klinische Uebergänge an: „werden Syphilome exstirpirt, so stellen sich rasch Recidive mit allen Zeichen



der Bösartigkeit ein;" er stellt die Frage, ob nicht die Entstehung von Sarcomen zusammenhänge mit einer von syphilitischem Vorfahren herrührenden Prädisposition.

Virchow (39) sagt von den Granulationsgeschwülsten im Allgemeinen, also auch von den Syphilomen, in anatomischer Beziehung, „dass man sie als eine Unterabtheilung der Sarcome führen könne, mit deren kleinzelliger Varietät sie manche Verwandtschaft haben."

Langhans (40) kommt bei Besprechung der bei der Differentialdiagnose der Pseudoleukämie in Betracht kommenden anderweitigen Affectionen auch auf die Syphilis; es „bedarf noch als ätiologisches Moment der Erwähnung die Syphilis, umsomehr als Wagner[1] einen von Wunderlich beschriebenen Fall, freilich unter Protest des ersten Beobachters, zu den Syphilomen stellt." Langhans polemisirt jedoch hiegegen und kommt zu dem Schluss, „es sei in keinem Fall irgendwie wahrscheinlich, dass Syphilis vorgelegen hat." Diese Untersuchung stammt übrigens aus den Sechzigerjahren; ausserdem glaubt der neueste Untersucher auf dem Gebiete der Pseudoleukämie, Sternberg (41), diesen speciellen Fall von Langhans der Tuberculose zuzählen zu dürfen.

Wir werden durch die letztcitirten Ansichten auf das pathologisch-anatomische und histologische Gebiet übergeführt. Fragen wir uns zunächst, was überhaupt in dieser Hinsicht über die gummösen Lymphome bekannt ist, so wissen wir pathologisch-anatomisch gar manches; doch auch hier herrscht in unseren Kenntnissen gegenüber den genauen und zahlreichen Beschreibungen der Vorgänge bei den gewöhnlichen indolenten Bubonen keine grosse Klarheit.

Orth (3) erwähnt lediglich die Möglichkeit gummöser Lymphdrüsenentzündung.

Lauceraux (9), welcher die tertiärsyphilitischen Veränderungen der visceralen Lymphdrüsen zuerst beschrieb, äussert sich (p. 377): „S'agît-il d'un dépôt gommeux, les glandes lymphatiques augmentent de volume et prennent une forme arrondie; d'abord d'une consistence ferme, elles sont plus tard molles, caséeuses et même fluctuantes."

„Les gommes des ganglions, comme les autres tumeurs gommeux, commencent pas être entièrement solides: c'est le premier stade. Elles sont alors formées par un tissu tantôt uniformément gris et demi transparent, tantôt d'un gris rosé. En vieillissant, elles changent d'aspect; elles deviennent opaques, blanchâtres et même jaunâtres. C'est alors que commence le stade de ramollissement; la partie centrale est atteinte la première."

Ramage (10) unterscheidet vier Stadien: formation, ramollissement, ulcération, réparation.

[1]) vgl. Wagner, l. c.



Lustgarten (11) stellt ein „pathologisch-anatomisches Schema" auf und unterscheidet: 1. einfach irritatives Stadium: die Zwischensubstanz bewahrt ihre Cohärenz. Aehnlichkeit mit einfach hyperplastischem Verlauf. 2. Medulläres Stadium. Die Zellproliferation nimmt überhand, die Zwischensubstanz erweicht, die Masse des Tumors schmilzt puriform. 3. Käsiges Stadium: Die Intercellularsubstanz vermehrt sich, die Zellen behalten den Charakter der Bindegewebs- oder Granulationszellen oder sie verfetten.

Virchow (42) sagt: „Die mikroskopischen Vorgänge bei indolenten Bubonen haben grosse Aehnlichkeit mit den Gummositäten anderer Theile; somit könnte die besondere Aufstellung von Gummen der Lymphdrüsen überflüssig erscheinen." An anderer Stelle (43): . . . „Bei den indolenten Drüsenschwellungen konnte ich gewöhnlich zwei Zustände oder Stadien unterscheiden: ein markiges und ein käsiges. Nahm ich frischere Fälle hinzu, so konnte ich noch ein früheres Stadium unterscheiden, das ich als das einfach irritative (fluxionäre, congestive, hyperämische) bezeichnen will. . . . In jedem Fall beginnt die irritative Schwellung mit Hyperämie, stärkerer seröser Durchtränkung und Vergrösserung der Lymphzellen. Sehr bald treten Vermehrungen der Zellen ein. . . In dem zweiten, bald mehr bald weniger markigen Stadien ist die wesentlichste Veränderung der Lymphdrüsen eine zellige Hyperplasie. Dies kann . . . zur acuten Erweichung oder zur Eiterung führen; in der Regel aber ist die nächst eintretende Veränderung eine unvollständige fettige Metamorphose mit Eindickung (Eintrocknung, Inspissation), jener Vorgang, den ich . . . käsige Metamorphose genannt habe."

Wir sind durch die letztberührten Sätze dem rein histologischen Gebiete näher gerückt.

Speciell Virchow (43) leugnet auf Grund der mikroskopischen Befunde bei indolenten Bubonen den Unterschied zwischen secundären und tertiären Lymphdrüsenerkrankungen und fragt überhaupt: „Welches sind die Unterschiede des secundär und tertiärsyphilitischen Processes? Die anatomische Untersuchung hebt diesen Unterschied gänzlich auf. Die indurirten Bubonen der Secundärperiode zeigen in ihrer Art dieselbe Hyperplasie mit käsiger Eindickung wie die käsigen gummösen Knoten der Dura mater aus der Tertiärperiode."

Auch Neumann (2), welcher ebenfalls irritatives, markiges und käsiges Stadium unterscheidet, sagt: „Im 3. Stadium entstehen in Folge des Untergangs der neugebildeten Elemente durch Fettentartung und in Folge von Wasserverlusten käsige Herde in der Drüsensubstanz. Auf diese Weise bekommen die syphilitischen Bubonen grosse Aehnlichkeit mit den syphilitischen Granulationsgeschwülsten, den Gummen."

Wir sehen also, dass die genannten Autoren ausdrücklich eine mikroskopische Differentialdiagnose zwischen syphilitischer Früh- und Spätschwellung der Lymphdrüsen ablehnen;



andererseits gestaltet sich aber auch sehr schwierig die mikroskopische Differentialdiagnose zwischen gummösem Lymphom und anderweitigen Lymphdrüsenschwellungen: von der Schwierigkeit klinischer Abgrenzung war ja bereits die Rede.

Virchow (43) findet die histologischen Veränderungen bei Lues denen anderer chronischer Lymphdrüsenveränderungen (er führt an: Tuberculose, Leukämie, chronisch-irritative Lymphadenitis) ähnlich, weil stets das wesentliche in einer zelligen Hyperplasie des Organs gelegen sei. Er äussert sich ferner (42), „dass bei der Diagnose des gummösen Lymphoms die mikroskopische Untersuchung eine geringfügige Rolle spiele: kann sie ja nicht einmal zeigen, ob man syphilitische, leukämische, pseudoleukämische oder andere Drüsenschwellung vor sich habe, da eben alle diese auf Hyperplasie der Lymphzellen beruhen."

Ramage (10) dagegen erhofft zwar Differentialmomente von einer eingehenden Untersuchung, gibt aber direct den Mangel, das Fehlen eines genauen Befundes von gummösem Lymphom zu: „La rareté des autopsies n'a pas permis que nous sâchions de faire l'examen microscopique des ganglions superficiels atteints de dégénérescence gommeuse." „En dépit de la cause spéciale qui leur a donné naissance, ces tumeurs ne renferment aucun élément anatomique spécial; elles sont constituées surtout par des éléments cellulaires de diverses dimension qui ont subi une prolifération considérable. Mais ces néoplasmes que Virchow a comparés au tissu des granulations des plaies, au tissu des bourgeons charnus, n'ont pas une existence stabile. En effet, les cellules les plus centrales se ségmentent, diminuent de volume et subissent la transformation granulo-graisseuse. Ce travail envahit peu à peu toute la tumeur, et ce sont de ces cellules aussi modifiés ressemblant à du pus qui s'échappent plus tard de la glande ulcérée."

Die erste und soweit mir bekannt einzige etwas eingehendere Schilderung der histologischen Vorgänge bei Lymphdrüsenschwellung in späteren Stadien der Lues, im Gegensatz zu indolenten Bubonen, rührt von Cornil (8) her, aus dem Jahre 1878. Er spricht zunächst von der „Adénite de la période primaire et secondaire" (dem indolenten Bubo) und beschreibt als in ihrem mikroskopischen Bilde vorherrschend grosse, ein- und mehrkernige Zellen: „Les cellules grosses proviennent pour la plus grande part de la tuméfaction du cellules plates qui tarpissent les fibrilles du tissu caverneux et la surface des tissus lymphatiques; les cellules lymphatiques peuvent aussi s'hypertrophier."

Dem gegenüber beschreibt er als „Adénite de la période tertiaire" allerdings nur einen Fall: anatomischer und histologischer Befund einer mit Lebergummen und syphilitischem Magengeschwür zur Obduction gekommenen 34jährigen Frau, bei der die Bronchial- und Retroperitonealdrüsen eine eigenartige syphilitische Affection zeigten. Er beschreibt diese „Adénite de la période tertiaire" als eine „inflammation



chronique catarrhale par opposition aux formes sclérotiques ou cirrhotiques. Ces ganglions . . . ont montré que tous les vaisseaux lymphatiques périganglionnaires et capsulaires, les voies lymphatiques et les sinus péri-folliculaires, et tout le tissu caverneux étaient remplis et distendus à un haut degré par des grandes cellules globuleuses d'aspect épithélioide, provenant des cellules lymphatiques de l'endothélium qui revêt les cavités et voies lymphatiques." „Le tissu réticulé montrait . . . des mailles extrêmement aggrandies et remplies de ces cellules; les sinus et voies lymphatiques étaient distendus démésurément; ces cavités montraient en place les grandes cellules endothéliales gonflées, granuleuses, possédant un ou plusieurs noyaux ovoïdes" (hiezu Tafel XXIV, Fig. 10 und Tafel XXVI, Fig. 19).

Er spricht dann zusammenfassend von dieser Lymphdrüsenaffection, als einer „forme de lésion où les glandes lymphatiques sont tuméfiées, molles, blanchâtres, infiltrées de suc laiteux qui leur donne un aspect medullaire." „Il y avait donc là une inflammation catarrhale de toutes les voies lymphatiques contenues dans le ganglion . . . il est certain q'il s'agissait bien là d'une inflammation du revêtement interne des voies lymphatiques et que les grandes cellules gonflées s'étaient réellement formées sur place dans le ganglion, soit des cellules endothéliales, soit au dépens des cellules lymphatiques. Le tissu réticulé ne présentait pas d'altération notable."

Diese Notizen von Cornil stempeln also die von ihm beobachtete „Adénite de la période tertiaire" histologisch zu einer zelligen Hyperplasie der Lymphdrüsen mit besonderer Betheiligung der in den Lymphdrüsen befindlichen endothelialen Zellen.

Sowohl Cornil jedoch, wie auch Lauceraux, welch' letzteren wir insbesondere in anatomischer Hinsicht Schilderungen unserer Affection verdanken, sprechen nur von tertiär syphilitischen Affectionen visceraler (bronchialer, mesenterialer, retroperitonealer) Lymphdrüsen. Dagegen vermisst man bis jetzt eine genauere Untersuchung eines Falles von gummösem Lymphom einer subcutanen, peripheren Lymphdrüse. Schon Ramage betont dies;[1]) er wie alle folgenden Beobachter gummöser subcutaner Lymphome legten das Schwergewicht ihrer Publicationen auf die klinische Seite, speciell auf

---

[1]) La rarité des autopsies n'a pas permis que nous sâchions faire l'examen microscopique des ganglions superficiels atteints de dégénérescence gommeuse."

die Thatsache der raschen Beeinflussung dieser Lymphome durch Jodkali. Dieser prompte Schwund der gummössen Lymphome bei geeigneter Therapie ist eben der Grund, warum man bis jetzt nicht in den Besitz geeigneten Untersuchungsmateriales gelangt ist.

Ich erachte es daher nicht für uninteressant, einen Fall von zweifellos spätsyphilitischem, nach Cornil's oder Fournier's Nomenclatur „tertiärem" Lymphom der Axillardrüsen zu veröffentlichen, welchen mir Hr. Dr. Max Joseph zur histologischen Untersuchung in seinem Laboratorium überwies.

Ein 24jähriger Bäckermeister inficirte sich mit Syphilis 1884 oder 1886; 1886 wurde er in der Charité an „Leistendrüsen" operirt, 1889 bekam er wieder „rothe Flecken" auf dem Körper. Damals wurde er seiner Angabe nach zum ersten Male antisyphilitisch behandelt, und zwar mit Schmiercur. 1891 verheiratete er sich und inficirte sofort seine Frau; dieselbe wurde wegen Roseola syphilitica mit einer Schmiercur behandelt. 1892 sind Mann und Frau wegen Condylomata lata mit einer Calomelinjectionscur behandelt worden.

Im October 1893 bekam der Mann eine Schwellung der Axillarlymphdrüsen rechterseits. Die Drüsen schwollen zu einem höckerigen Tumor von Faustgrösse an, die einzelnen Knollen sind kugelrund oder ovoïd, von mässiger Derbheit, Haselnuss- bis Apfelgrösse, von einander durch deutliche Furchen getrennt, gegen einander verschieblich; die Haut darüber von normaler Farbe, Dicke, Consistenz und gut verschieblich.

Diese Lymphdrüsenschwellungen wurden zunächst mit Jodkali intern behandelt und zeigten eine prompte Besserung.

Bei dem Nichtvorhandensein sonstiger Früh- oder Spätsymptome an dem Patienten, sowie insbesondere bei der vollständig eingetretenen Abheilung der Syphilis bei seiner Frau (obwohl sofort nach der Eheschliessung inficirt, hat sie nach Gebrauch der Schmiercur vier gesunde kräftige Kinder geboren), erregte der Tumor erhöhtes Interesse, es wurde spätsyphilitische Drüsenschwellung diagnosticirt und der Tumor mit Einwilligung des Patienten trotz der auf Jodkali erfolgenden Verkleinerung direct in der Absicht auf nachfolgende mikroskopische Untersuchung von Herrn Dr. Hermann Frank-Berlin, dem ich auch an dieser Stelle für freundliche Aufklärung betreffs der klinischen Daten ergebenst danke, exstirpirt (October 1893). Seitdem blieb der Mann von weiteren Manifestationen der Lues verschont und auch anderweitig stets gesund.

Bei der Operation liessen sich die Drüsen leicht einzeln herauslösen. Die durch die Operation erhaltenen Präparate stellen sich dar als ein halbes Dutzend von einer fibrösen Kapsel überzogene, derbe, graue Knollen von ovaler oder



runder Configuration und wechselnder, bis Apfelgrösse. Auf dem Durchschnitt sieht man einzelne grössere Knollen zusammengesetzt aus zwei oder drei kleineren, welche von einander durch starke Dissepimente, Fortsetzungen der sehnig-fibrösen Kapsel des ganzen Tumors, getrennt sind. Die Kapsel setzt sich deutlich von dem eigentlichen Tumorparenchym ab, ist $^1/_4$ bis $^1/_2$ Mm. dick und entsendet nur wenige zarte Septen in die kleineren Einzelknoten hinein. Das Parenchym ist auf dem Durchschnitt von röthlich-grauer oder -weisslicher Farbe, ziemlich weicher Consistenz, markig homogenem Aussehen und eigenthümlich speckig-wachsigem Glanz. Es lässt reichlich milchigen Saft abstreifen, der unter dem Mikroskop betrachtet, keine einheitliche Zellspecies, sondern sehr verschiedene Zellkategorien erkennen lässt.

Zur histologischen Untersuchung wurden Stückchen aus verschiedenen Tumoren, und zwar sowohl vom Rande und der gegenseitigen Grenze, als auch aus den centralen Antheilen der einzelnen Knoten entnommen, conservirt, geschnitten und nach verschiedenen Methoden gefärbt.

Was uns nun zunächst bei der Betrachtung dieser von einer Lymphdrüsen-Affection stammenden Präparate auffällt, ist das Zurücktreten oder völlige Fehlen normaler oder hyperplastischer Lymphdrüsensubstanz. Die Tumoren bestehen aus einem eigenartigen Gewebe, welches mit normaler Lymphdrüsenstructur nichts zu thun hat, auf den ersten Blick den Eindruck einer Heteroplasie macht und in den centralen Partien fast vollständig allein den Knoten constituirt. Jedoch gegen die Randpartien der einzelnen Knoten, respective gegen die Kapsel zu und um die spärlichen in's Innere ausstrahlenden Dissepimente herum, sowie ganz vereinzelt auch in centraleren Antheilen bestehen noch Reste von lymphoidem Gewebe. Ganz normale Lymphdrüsensubstanz ist jedoch nirgends mehr zu entdecken.

Die Kapsel der Tumoren, sowie die von ihr ausgehenden Septen zeigen auf oberflächliche Betrachtung hin nichts besonderes. Sie bestehen aus dichtem, fibrillärem, zellarmem Bindegewebe mit wechselndem Gehalt an weiteren und engeren Gefässen. Bei polychromer Methylenblaufärbung erweisen sich viele

der vorhandenen Bindegewebszellen in der Kapsel als Mastzellen. Bei Färbung mit Ehrlich'schem Triacidgemisch lassen sich eosinophile Zellen nicht nachweisen, was uns später noch beschäftigen wird. Bei Orceïnfärbung nach Taenzer-Unna fällt der sehr wechselnde Gehalt an elastischen Fasern auf; dieselben sind an manchen Stellen eigenthümlich korkzieherartig eingerollt, an anderen sehr lang und geradlinig gestreckt, durchwegs dick und plump, intensiv schwarz-roth oder heller braun gefärbt.

Das die Hauptmasse der Knoten bildende Parenchym charakterisirt sich bei Hämatoxylin-Eosinfärbung ganz allgemein als ein aus Bindegewebsfibrillen und aus Zellen bestehendes Gewebe. Das gegenseitige Verhältniss dieser zwei Componenten wechselt: man sieht zahlreiche Complexe mit Zurücktritt der Bindegewebsfibrillen, zellärmere, fast nur aus Bindegewebe bestehende Partien und Uebergänge zwischen diesen beiden Extremen. Bei Färbung nach van Gieson kann man constatiren, dass es einen principiellen Unterschied überhaupt nicht gibt, denn selbst an den zellreichsten Partien sieht man ein schönes, feines Netz leuchtend rother Fibrillen die einzelnen Zellgruppen und sogar die einzelnen Zellen von einander trennen; nur an ganz wenigen Stellen bleibt auch bei dieser Färbung eine compacte, lediglich aus Zellen bestehende Masse sichtbar. Das Bindegewebe zeigt überall den leuchtend hellrothen Ton, der dem frischen jungen Bindegewebe bei dieser Färbung eigen ist, und auch an den compact bindegewebigen Stellen die Zusammensetzung aus feinen Fibrillen im Gegensatz zu den gelbrothen, mächtig dicken, als alte leicht erkennbaren Collagenbündeln in der Drüsenkapsel.

Schon nach diesem tinctoriellen und structurellen Verhalten ist also das Bindegewebe der Tumoren als ein neugebildetes, nur zum geringsten Theile mit dem präexistirenden Lymphdrüsenbindegewebe identisches zu betrachten, was uns später in Betreff der histologischen Differentialdiagnose gegenüber chronisch-hyperplastischen Lymphdrüsenaffectionen anderer Art interessiren wird.

Die zweiten Bestandtheile der Tumoren, die Zellen, sind äusserst verschiedener Natur. Von einer Lymphdrüsenstructur



ist. wie gesagt, gar nichts zu merken; dagegen finden sich die einzelnen sonst in Lymphdrüsen vorkommenden Zellformen in wechselnder Menge.

Zunächst Lymphocyten. (Zellen von der Grösse eines weissen Blutkörperchens, mit dunkel sich färbendem runden, relativ grossen Kern und relativ spärlichem, blassen, schmalen Protoplasma.) Sie finden sich am reichlichsten an den Rändern der Knoten, in der Gegend der Kapsel und in compacten Anhäufungen um Reste alter Trabekel inmitten des Tumorparenchyms; hierselbst bedingt ihre Anwesenheit eben das lymphoide Aussehen an einigen wenigen Stellen. Sie vermindern sich ganz allmälig, je näher man gegen das Innere vordringt; zuerst noch in mässiger Menge, dann vereinzelt und spärlich, finden sie sich doch zerstreut überall zwischen den übrigen Zellformen.[1]) An den mehr bindegewebigen Partien der Knoten jedoch ist ihre Anzahl sehr gering und sinkt stellenweise ganz bis auf Null.

Die zweite in normalen Lymphdrüsen hauptsächlich vorkommende Zellkategorie, die Endothelien. sind als solche in unseren Tumoren natürlich nicht mehr zu erkennen; Lymphsinus, feinere und gröbere Lymph- und Blutgefässe sind nicht mehr zu unterscheiden, also mangelt auch die topographische und functionelle Grundlage für ein Vorhandensein wahrer Endothelzellen. Aber morphologisch zeigt sich. eigentlich die Hauptmasse des Tumors ausmachend,[2]) eine Gattung von Zellen, welche an Färbbarkeit, Gestalt und Structur vollkommen den gewöhnlichen Endothelien gleichen. Sie charakterisiren sich als runde oder polymorphe Zellen, bedeutend grösser als Lymphocyten, mit feingranulirtem, blassem, reichlichem Protoplasma und nicht viel stärker sich färbendem, concentrisch oder excentrisch liegendem, grossem runden Kern mit ein bis zwei Nucleolen, — also schlechtweg als endothelioid oder epithelioid zu bezeichnende Zellen.

Einige zeigen einen exquisit excentrisch gelegenen Kern, lichten perinuclearen Hof, ein bei Färbung mit polychromem

[1]) Fig. I. c.
[2]) Fig. I, b.

Methylenblau exquisit dunkelblaue Granula aufweisendes Protoplasma; sie charakterisiren sich hiedurch als Unna'sche Plasmazellen. Sie finden sich insbesondere an den zellreicheren, bindegewebsärmeren Stellen.

Andere Zellen erinnern zwar an Färbbarkeit und Structur ebenfalls an epithelioide, zeigen aber mehr und vielgestaltigeres Protoplasma, mit Fortsätzen und Ausläufern, also spindel- oder spinnenförmig, den Fibroblasten der Anatomen und den Spinnenzellen Unna's vergleichbar. (Uebergänge zwischen den rein epithelioiden und diesen Zellen finden sich in Menge.[1]) Nur eine Stufe weiter noch und wir haben vor uns ganz langgezogene Zellen mit flachem, kuchenförmigem, sich stärker bis sehr stark färbendem Kern — wahre junge Bindegewebszellen.[2]) In der That findet man sie am häufigsten an den bindegewebigen, zellärmeren Partien, in geringerer Menge aber auch in allen übrigen Theilen. Sie liegen den Fibrillen theils an, theils lassen sich ihre Fortsätze von den feinsten Fibrillen gar nicht mehr scharf abgrenzen. Mit deutlichen, runden, epithelioiden Zellen vermischt, bilden sie das Hauptcontingent der Zellen an den zellärmeren Partien der Tumoren.

Haben wir nach der einen Richtung hin Uebergänge der epithelioiden Zellen bis zu den lang- und schmalkernigen Bindegewebszellen gesehen, so finden wir differente Gebilde auch nach anderer Seite hin aus ihnen hervorgehen. Man findet zunächst noch ganz den Habitus der epithelioiden Zellen, aber beträchtlich grösser, hie und da Karyokinesen, auch zwei Kerne aufweisend. Andere sind noch grösser und offenbaren sich dadurch als weitere Uebergangsstadien zu einer eigenen sehr auffallenden und seltsamen Zellkategorie, welche stellenweise das ganze mikroskopische Bild des Tumors beherrscht. Es sind dies Zellen[3]) von bedeutender Grösse, bis zu derjenigen der grössten mir bekannten zelligen Gebilde, der grössten Langhans'schen Knochenmark- oder Sarcom-Riesenzellen. Ihre

[1]) Fig. I, d.
[2]) Fig. I, d.
[3]) Fig. I, a; Fig. II, a, b, c.

Gestalt ist rund,[1]) polygonal,[2]) schollig, länglich, halbmondförmig[3]) -- also sehr variabel. Sie besitzen ein reichliches, fein- oder grobgranulirtes Protoplasma (mit Hämatoxylin Eosin hellrosa bis violett, mit polychromem Methylenblau hellbläulich-grün bis blau sich färbend) hie und da mit fetttröpfchenähnlichen Vacuolen; und meist einen ausserordentlich grossen oder 2, 3 bis 6 sehr grosse, runde oder eckige oder lappig gebuchtete, meist intensiv sich färbende,[4]) seltener blasse,[4]) meist im Zellcentrum liegende Kerne, oft mit Karyokinesen, oft mit 1—2 deutlichen Kernkörperchen. In Folge der continuirlichen Uebergangsbilder[5]) kann man direct die Herkunft dieser Zellen von den epithelioiden behaupten.

Sie kommen in wechselnder Menge im ganzen Tumor vor. Vereinzelt liegen sie in den an Lymphocyten reicheren Partien mitten zwischen den lymphoiden Zellen; zahlreicher sind sie in den epithelioidzellenreichen Partien, an manchen Stellen überwiegen sie an Masse und Zahl sogar die Epitheliodzellen und bilden, wenn auch nicht die Hauptmasse, so doch den auffallendsten und charakteristischesten Gewebsbestandtheil. Aber auch in den zellärmeren Partien finden sie sich vereinzelt oder zu mehreren mitten zwischen den Fibrillen, neben Lymph-, Epithelioid- und Bindegewebszellen.

Mastzellen, im Gegensatz zu den zahlreich in der Kapsel und den Septen vorhandenen, finden sich im Tumorparenchym selbst nicht vor.

Eosinophile Zellen lassen sich auch bei Anwendung der Ehrlich'schen Triacidlösung nicht finden.

Dagegen findet sich an einer Stelle im Centrum eines Knotens eine Ansammlung von polynucleären Leukocyten. Im weiteren Umkreis um dieselben ist das aus lymphoiden, epithelioiden und den beschriebenen grossen Zellen sowie Binde-

---

[1]) Fig. II, c.
[2]) Fig. II, a.
[3]) Fig. II, b.
[4]) Fig. II, a, b.
[5]) Fig. II, c.

gewebszellen und Fibrillen bestehende Gewebe in der Tingibilität seiner Kerne herabgesetzt; speciell die grossen Zellen erscheinen zu unförmlichen homogenen Schollen umgewandelt, welche mit den übrigen Zellresten zusammensintern und in der unmittelbaren Umgebung der Leukocyten eine käsig-nekrotische Zone constituiren.

Von eigentlichen Gefässen finden sich im Tumorparenchym wenige; jedenfalls treten sie gegenüber den zahlreich in der Kapsel und den Septen vorhandenen in den Hintergrund.

Wir sehen also bei einem Mann mit zweifellos constatirter, erfolgreich behandelter Syphilis sieben Jahre nach erfolgter Infection bedeutende Schwellung der Axillardrüsen auftreten, welche auf Jodkaligebrauch prompte Involution zeigte. Klinisch kann also nach Anamnese, Symptomatik und Therapie kein Zweifel an der Diagnose „gummöse Lymphome" bestehen, umsomehr als nach der zu wissenschaftlichen Zwecken erfolgten Exstirpation der Tumoren weder ein Recidiv in loco, noch eine Intumescenz anderer Lymphdrüsen erfolgte und der Mann während der nachfolgenden 5 Jahre vollständig gesund blieb.

Klinisch ist daher die Diagnose gegenüber anderen chronisch-hyperplastischen Zuständen irgendwelcher Art, Leukämie, Pseudoleukämie, Sarcom und Carcinom vollständig gesichert. Das Erhaltenbleiben der Drüsengrenzen und die Beschränkung der Tumoren auf die einzelnen Drüsen, die normale Blutbeschaffenheit,[1]) die prompte Reaction auf Jodkali, der Mangel von Recidiven und Metastasen beseitigen alle Zweifel an der syphilitischen, und zwar spätsyphilitischen, wenn man will „tertiären" Natur dieser Lymphome. Ganz anders dagegen steht es mit der mikroskopischen Diagnose, und wir können auch nach eingehendem Studium die allgemeine Meinung der älteren Autoren von dem vagen histologischen Charakter dieser Affection nur bestätigen. Primäres oder secundäres Carcinom der Lymphdrüsen ist zwar direct auszu-

[1]) Die Untersuchung des Blutes ergab keine nennenswerthe Vermehrung der weissen Blutkörperchen.



schliessen, vermöge des reichlich vorhandenen, bis in die compacten Zellhaufen eindringenden, den einzelnen Zellen anliegenden und stellenweise direct mit deren Protoplasma zusammenhängenden Bindegewebes. Nach Ausschluss des Carcinoms jedoch bleibt uns die Aufgabe, den Tumor gegen alle möglichen anderweitigen Lymphome abzugrenzen. Bei oberflächlicher Betrachtung bietet die scharfe Begrenzung und Beschränkung der Tumoren auf das Parenchym der einzelnen Drüsen gegenüber chronisch-hyperplastischen und tuberculösen, das mikroskopische Bild des Tumors im allgemeinen gegenüber sarcomatösem Lymphom kein differentialdiagnostisches Moment. Andererseits finden sich die sonst für eine gummöse Affection charakteristischen histologischen Argumente nicht vor: es mangelt vor allem der sonst typisch erkennbare Aufbau aus miliären oder grösseren Gummen von charakteristischer Zusammensetzung und Structur, es fehlen typische Riesenzellen mit wandständigen Kernen, und die aufgefundene circumscripte Verkäsung gibt auch noch keinen Fingerzeig gegen Sarcom, bei dem ja käsige Necrosen gleichfalls vorkommen.

Wir müssen daher eine eingehende Besprechung derjenigen Momente vornehmen, welche bei ausführlicherem Studium vielleicht doch eine Abgrenzung gegenüber anderen Lymphomen gestatten. Zu diesem Behufe wollen wir, in Anlehnung an Orth, alle möglichen in Betracht kommenden „entzündlichen und progressiven“ Lymphdrüsenaffectionen berühren.

Orth (3) unterscheidet:

1. Lymphadenitis hyperplastica simplex acuta. „Bei der mikroskopischen Untersuchung erkennt man als Hauptursache der Schwellung eine Zunahme der zelligen Elemente, eine zellige Hyperplasie. Die Zellen gleichen theils den gewöhnlichen Lymphdrüsenzellen oder sind auch grösser, den Granulationszellen ähnlich, epithelartig, mit einem oder mehreren grossen Kernen versehen.“ „Die Herleitung dieser Zellen von den das Reticulum der grossen Lymphräume auskleidenden Endothelien dürfte wohl keinem Anstande begegnen, und damit auch der von Schüppel für diese Affection gewählte Ausdruck „Catarrh der Lymphwege“ gerechtfertigt erscheinen.“ „Auch die Trabekeln und die Kapseln der Lymphräume sind verdickt und reich an Zellen, und ebenso zeigt das periglanduläre Gewebe in wechselnder Ausdehnung eine entzündliche Schwellung (Periadenitis).“

2. Eitrige Lymphadenitis (kommt nach dem ganzen makro- und mikroskopischen Bilde hier nicht in Betracht).



3. Fibröse Lymphadenitis; bei ihr findet man einmal Zunahme der Gerüstsubstanz jeder Art und zweitens Abnahme der Lymphoidzellen, „wobei sich die Drüsen schliesslich in ein bindegewebiges Knäuel umwandeln."

4. Käsige, der Aetiologie nach tuberculös-scrophulöse Lymphadenitis: „mikroskopisch ähnliches Bild, wie es auch die einfache acute Entzündung darbietet, nämlich eine Anhäufung von vorzugsweise grossen epithelioiden Zellen in den Lymphräumen." „Im weiteren Verlaufe sind es gerade die erwähnten grossen Zellen, an welchen zuerst die Verkäsung Platz greift."

5. Tuberculöse Lymphadenitis: typische Tuberkelbildung.

6. Lepra.

7. Syphilis, zunächst die indolenten Bubonen; alle Lymphräume der Drüsen sind prall mit Zellen ausgefüllt; „diese Zellen sind theils lymphoid, theils grösser, epithelioid; letztere sitzen vorzugsweise in den Lymphräumen. Lange können sich die Drüsen in diesem Zustande unverändert erhalten, endlich aber wenn die Syphilis heilt, verschwindet, wohl durch fettigen Zerfall, der Ueberschuss der Zellen." „In noch späteren Stadien kommen auch echte gummöse Lymphdrüsenentzündungen vor."

8. Leukämische Lymphome „zeigen mikroskopisch das Bild einfacher Hyperplasie"; andere Drüsen bieten ein Bild, das dem der früher beschriebenen fibrösen Lymphadenitis ähnlich ist.

9. Einfach chronisches Lymphadenom, hyperplastisches Lymphom. „Hier überwiegt bald die Zunahme der lymphoiden Zellen, bald sind Trabekel und Reticulum mehr verdickt, ferner Anhäufung von epithelioiden Zellen in den Lymphräumen, wodurch die Annäherung der ganzen Veränderung an die einfach hyperplastische Lymphadenitis noch grösser wird." „Ein Uebergreifen der Neubildung über die Drüsengrenzen hinaus findet nicht statt."

10. Maligne Lymphome, maligne aleukämische Lymphadenome, Pseudoleukämie, Hodgkin'sche Krankheit, Adenie. „Man pflegt nach Virchow's Vorgang eine weiche und eine harte Form zu unterscheiden. Die Drüsen der ersten Gruppe zeigen eine Hyperplasie der Lymphzellen. Die harten Formen dagegen zeigen mikroskopisch ... Hyperplasie der bindegewebigen Grundsubstanz. Sowohl in den weichen wie in den harten Formen verschwinden die Drüsenlymphräume gänzlich." (Unterschied gegenüber den sonst sehr ähnlichen Formen der einfachen hyperplastischen, fibrösen, käsigen, secundär syphilitischen und insbesondere leukämischen Lymphome.)

11. Heteroplastische Neubildungen, von welchen ausser dem bereits ausgeschlossenen Carcinom die zur Sarcomgruppe gehörigen für uns von Wichtigkeit sind. Orth erwähnt das Rundzellensarcom, das Fibrosarcom und das von wuchernden Lymphdrüsenendothelien ausgehende, auch Angiosarcom genannte Lymphdrüsenendotheliom.



Sehen wir nun in unserem Falle von dem Klinischen vollständig ab, so können wir auch aus rein histologischen Gründen nach dem Gesagten eine Reihe von acut und chronisch hyperplastischen Zuständen ausschliessen: das lepröse, eitrige und specifisch tuberculöse Lymphom, weil deren specifische histologische Kennzeichen (Lepraknoten, Eiter und Tuberkel) fehlen, ferner die einfache acute und chronisch hyperplastische, die einfach syphilitische, die käsige, die leukämische Lymphdrüsenaffection — alle aus dem Grunde, weil bei keiner von ihnen die Structur normaler Drüsen verwischt ist, man immer Mark und Rinde, Trabekel, Follikel und Sinus auseinanderhalten kann und diese Bestandtheile nur einzeln an sich, d. h. in ihrigen zelligen Componenten, sowie in ihrem gegenseitigen Verhältniss pathologisch verändert sind. In unserem Falle dagegen haben wir von Drüsenstructur, normaler oder pathologisch veränderter, überhaupt nichts vor uns.

Die chronisch-fibröse Lymphadenitis ist ebenfalls auszuschliessen, weil wir ja das Lymphdrüsengewebe in unserem Fall substituirt finden, nicht etwa durch straffes fibröses Bindegewebe, sondern durch ein pathologisches Gewebe, in welchem zwar (feinfibrilläres) Bindegewebe stellenweise sogar vorwiegend sich findet, stellenweise aber gegenüber der activ sichtbarer zelligen Wucherung sehr in den Hintergrund tritt.

Nach Ausschluss aller dieser Affectionen kommt von den oben nach Orth angeführten Erkrankungen der Lymphdrüsen nur in Betracht: Das maligne, pseudoleukämische Lymphom (das Lymphosarcom) und das echte Sarcom.

Gegen die Annahme „Pseudoleukämie" hoffte ich durch den Befund der eigenartigen grossen Zellen einen Hinweis zu finden. Ich habe derartige Zellen weder selbst in zahlreichen normalen, sowie acut und chronisch erkrankten Lymphdrüsen gesehen, noch konnte ich sie in den Arbeiten von Flemming (44) und Hoyer [45], welche sich mit der Structur normaler Lymphdrüsen bei Mensch und Thier beschäftigen, erwähnt finden. Aber auch in verschiedenen anderen ausser Orth's Werk zum Vergleich herangezogenen Arbeiten über Histologie der pseudoleukämischen Lymphdrüsen, konnte ich über sie nichts finden. Nur Langhans [40], dessen Arbeit „das maligne Lymphosarcom (Pseudoleukämie)" aber aus älterer Zeit stammt und dessen Fall, wie bereits erwähnt, von Sternberg, dem neusten Beobachter, als Tuberculose gedeutet wird, erwähnt ähnliche Gebilde kurz: „Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass hier durchaus keine fremden Elemente eingelagert sind, sondern dass die Schwellung nur auf einer Vermehrung der Drüsenzellen und Verdickung des Reticulums beruht. Beide Processe sind gleichmässig auf die ganze Drüse verbreitet, so dass die Lymphbahnen auch nach Auspinseln nicht erkennbar sind. Man sieht überall die gewöhnlichen Lymphkörperchen



dicht nebeneinander liegen“ (bis hieher stimmt die Darstellung also mit der Orth'schen überein); „Nur ganz zerstreut finden sich auch etwas grössere Zellen ... mit etwas dunkelkörniger Zwischensubstanz, auch wirkliche Riesenzellen von länglicher Form.“

Neben dieser, wie angedeutet, heutzutage nicht mehr ganz einwandfreien Beobachtung, fand ich ähnliche Gebilde nur von Goldmann [46] geschildert, welcher in einem Fall von Pseudoleukämie in den Lymphdrüsen mehrkernige, grosse, aber äusserst schwach (!) tingible, also mit den unserigen nicht identische Riesenzellen erwähnt. Dagegen zeigen nach dem neuesten Beobachter Sternberg (41) die „Lymphdrüsen bei Pseudoleukämie . . eine reine Hypertrophie und Hyperplasie ihres Gewebes, so dass die Präparate einen ganz enormen Reichthum an lymphatischen Elementen aufweisen,“ „es fehlen Nekrosen und Verkäsungen.“ „In einem speciell untersuchten typischen Falle von Pseudoleukämie zeigen sich die Drüsen sehr zellreich, und zwar sieht man hier ausschliesslich Lymphocyten, die in solchem Mass vorhanden sind, dass die gewöhnliche Drüsenstructur nur mehr undeutlich zu erkennen ist. Nirgends sieht man grosse Zellen, Riesenzellen oder Nekrosen.“

In unserem Tumor sind solche abnorm grosse Zellen nicht nur vorhanden, sondern drücken demselben stellenweise geradezu ein characterisches Gepräge auf; dagegen waren sie also mit Ausnahme einer älteren, nicht ganz einwandfreien und einer vereinzelten neueren Beobachtung in echt pseudoleukämischen Lymphomen nicht zu sehen. Dagegen finden wir in unserem Fall, wenn auch vereinzelt, eine typisch-nekrotische Stelle wie sie in pseudoleukämischen Tumoren nicht vorkommen könnte. Es spricht also zweierlei gegen Pseudoleukämie und hiezu kommt noch ein drittes Moment.

Schon Goldmann [46] betont nämlich das Vorkommen eosinophiler Zellen in pseudoleukämischen Lymphomen. Aber Kanter [47] beschreibt neuerdings einen Fall eines 3jährigen Knaben mit faustgrossem, aus gegen einander verschieblichen Einzelknoten bestehenden Tumor der linken Halsseite, ferner Schwellung der rechtsseitigen Cervical-, Axillar- und Inguinaldrüsen bei mässiger Leukocytose, also typisches malignes Lymphom, histologisch von der weichen Form. „Der Hauptmasse nach sind die Zellen gewöhnliche Lymphocyten; ein kaum merklicher Protoplasmasaum umgibt den grossen Kern allseitig oder ist als Appendix nur an einer Seite zu finden. Der Zahl nach die zweite Stelle nehmen die eosinophilen Zellen Ehrlich's ein.“ „Die zweite, sehr auffallende Beobachtung, die ich an meinen Präparaten machen konnte, war die, dass die eosinophilen Zellen . . . in sehr bemerkenswerther Weise die Drüsenkapsel bevorzugten.“

In unserem Fall erwies sich nun sowohl das Tumorparenchym wie auch die Drüsenkapsel und Septen bei Fär-



bung mit Ehrlich'schen Triacidgemisch als vollständig frei von eosinophilen Zellen.

Berücksichtigt man noch den Umstand, dass auch mikroskopisch die stricte Beschränkung der Tumoren auf je eine einzige Drüse und das Intactsein der Drüsenkapseln sich erweisen liess, so hat man also mit den früheren eine ganze Reihe von differential-diagnostischen Momenten gegen die Annahme eines pseudoleukämischen Lymphoms. — Eines der hervorstechendsten Momente bildeten die eigenthühmlichen grossen Zellen. Gerade diese aber können uns, wenn wir der Natur der Tumoren weiter nachgehen und speciell gegenüber den Sarcomen uns orientiren wollen, nur vom geringen Werth sein. Denn solche Zellen können in wechselnder Menge in allen möglichen Arten von Sarcomen vorkommen, in gemischtzelligen, in grossrundzelligen, in riesenzelligen und in Endothelsarcomen.

Gerade diese Zellen riefen mir aber ein Bild vor Augen, welches mir aus gütigst überlassenen Präparaten und aus Abbildungen im Gedächtniss geblieben war, welche der jüngst erschienenen, im vorhergehenden schon oft erwähnten Arbeit meines Freundes Dr. Carl Sternberg (41) „Ueber eine eigenartige, unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberculose des lymphatischen Apparats“ beigegeben waren.

Derselbe beschreibt in einer Reihe von Fällen, welche klinisch unter dem Bilde der Pseudoleukämie verliefen, den anatomischen und mikroskopischen Befund, als dessen Typus, was die Lymphdrüsen anbelangt, ich zunächst seinen Fall I anführen will. „Die Lymphdrüsen des Mediastinums, sowie die in der Regio intra- und supraclavicularis beiderseits sind in bohnen- bis apfelgrosse, scharf begrenzte Tumoren von speckiger Consistenz und speckigem Aussehen verwandelt.“ „Mikroskopisch sind die Lymphdrüsen scharf begrenzt, zeigen stellenweise peripher noch Reste von Anhäufungen lymphoider Zellen, meist aber ist auch diese wie die übrigen Partien umgewandelt in ein stellenweise mehr zellenarmes, lockeres, fibröses Gewebe, in dem sich Spindelzellen und vereinzelte Lymphocyten und Leukocyten finden, ferner grössere, protoplasmareiche Zellen mit grossen, dunkel gefärbten Kernen, die nicht so selten mehrfach zu zweien oder dreien oder auch gelappt erscheinen. Vereinzelte solche Zellen besitzen eine grössere Anzahl (bis zu 5 oder 6) Kerne. An manchen sind die Kerne auffallend gross, rund und enthalten Kernkörperchen, oder was seltener ist, die Kerne sind blass



gefärbt; in der Mehrzahl sind sie überchromatinreich. Diese Zellen liegen zumeist frei zwischen den Zügen lockeren Bindegewebes, auch demselben an und sind auch mit plumpen Ausläufern versehen, dass sie mit dem Stroma in Zusammenhang zu stehen scheinen. Neben den zellärmeren Partien finden sich zellreichere, in denen der Zellreichthum zumeist durch reichliches Vorkommen von lymphatischen Elementen gegeben ist. Die beschriebenen grossen Zellen finden sich auch hier vereinzelt, während sie reichlicher in den zellärmeren, dichteren Partien sind." Endlich sieht man ebenso grosse, mehr glänzende und fast schollige Gebilde, an denen keine Structur mehr wahrzunehmen ist. Bei dem Umstande, dass es eine Reihe continuirlicher Uebergänge zwischen diesen Formen gibt, ist wohl ihre Zusammengehörigkeit anzunehmen.

Ferner sei noch der Befund an zwei Drüsen mit noch nicht so stark vorgeschrittenem Process erwähnt (von Fall III): man findet „die Lymphwege und peripheren Drüsen sehr stark erweitert, . . . mit zahlreichen grossen, protoplasmareichen, unregelmässigen oder etwas rundlichen, wie geschwollenen Zellen erfüllt, . . . die denen des Wandbelages völlig gleichen," mit dunklerem oder hellerem Kern. „An anderen Stellen bestehen die Herde nur mehr aus diesen endothelialen Elementen." „Solche Herde sind manchmal ganz umschrieben; in ihnen treten nun ebenso grosse oder grössere Zellen mit runden oder ovalen, sehr dunkel gefärbten Kernen, vereinzelte Riesenzellen mit grossem central gelegenem Kern auf — also dieselben Elemente, die in anderen Drüsen die ganzen Herde zusammensetzen."

Sternberg sagt dann in seinem Resumé: „Durchwegs zeigten die Milz und die Lymphdrüsen, sowie einzelne Partien von Knochenmark, Leber, Lungen und Nieren einen Reichthum an eigenthümlichen grossen, ein- und mehrkernigen Zellen" (. . . folgt wieder Beschreibung derselben). „Diese Zellen, die dem Gewebe oft ein ganz eigenthümliches, charakteristisches Aussehen gaben, erinnern in ihrer Grösse, ganz atypischen Verhalten der Kerne und auffallender Färbbarkeit soweit an Geschwulstzellen, dass solche Gewebspartien, allein und für sich betrachtet, als Sarcomgewebe bezeichnet werden müssten." „Haben wir jene Zellen sonst nie gefunden, so konnten wir sie in unseren Fällen . . . fast regelmässig sehen und hiebei die Abstammung jener Zellen von den Endothelien von Blut- und Lymphgefässcapillaren und ihre Zusammengehörigkeit mit diesen erweisen."

„Daneben ergab sich noch ein anderer auffallender Befund. Dieselben Organe wiesen kleine und grosse Nekrosen auf, die meist noch . . . denselben Bau und dieselbe Zusammensetzung erkennen liessen wie das umgebende erhaltene (wie oben beschrieben eigenartig veränderte) Gewebe."

„Vor allem ergibt sich wohl, dass wir uns in keinem dieser Fälle mit der Diagnose Pseudoleukämie begnügen durften." Diese Befunde würden vielmehr „die Vermuthung aufkommen lassen, ob es sich nicht in

diesen Fällen um multiple Sarcombildung handelt, als läge hier eine Neubildung vor, und zwar nicht eines Lymphosarcoms, sondern eines grosszelligen, endothelialen Sarcoms." Jedoch betont er, „dass schon die mitgetheilten Obductionsbefunde diese Annahme widerlegen, indem wir ja bei Sarcom die Drüsen-Kapsel meist durchbrochen finden und die Geschwulstmasse das anstossende Gewebe infiltrirt" — Kriterien, die in seinen Fällen wie im unsrigen mangelten.

Dagegen zeigte die mikroskopische Untersuchung weiter, „dass in den meisten Fällen bald in allen, bald aber nur in einzelnen untersuchten Organen neben den bisher angeführten Veränderungen auch eine typisch tuberculöse Erkrankung bestand, die das bekannte histologische Bild bot."

Sternberg behauptet nun, dass die beschriebene eigenthümliche Affection des lymphatischen Apparates eine eigenartige Form der Tuberculose sei. „Durch den Fall XII erscheint direct der Beweis für diese Annahme hergestellt, indem es in demselben gelang, zahlreiche Uebergänge von diesen (eigenartig veränderten) Partien in typisch tuberculöses Gewebe aufzufinden, und indem wir hier mehrere Drüsen sahen, die die mehrfach erwähnten eigenartigen und gewiss nicht als typisch tuberculös zu bezeichnenden Stellen aufwiesen und innerhalb derselben Tuberkelbacillen enthielten."

Aus der Literatur zieht Sternberg die Fälle von Cordua (48), Brosch (49), Jacousiel (50) heran, ferner die von Delafield (51), Askanazy (52), Waetzoldt (53), Sabrazès (54) und Tangl und Brentano (55), wobei „in allen Fällen, die auf andere Weise (klinisch) als tuberculös erkannt wurden, typisch tuberculöse Veränderungen fehlten; allerdings gaben sie, wie erwähnt, den Befund der grossen eigenartigen Zellen nicht an".[1]) Hiebei erzeugten in den Fällen von Tangl-Brentano und Sabrazès „die Drüsen, die bei der mikroskopischen Untersuchung keine wie immer gearteten tuberculösen Veränderungen aufwiesen, an Thiere verimpft, typische Tuberculose" (Tangl-Brentano nennen ihren Fall eine „tuberculöse Lymphdrüsenerkrankung, die unter dem klinischen Bild einer Pseudoleukämie mit hyperplastischer Wucherung der Drüsensubstanz ohne Tuberkelbildung verlief".) Auf Grund dieses Ergebnisses eigener und fremder Untersuchungen schliesst Sternberg: „Jedenfalls scheint die Thatsache festzustehen, dass es eine eigenartige Form der Tuberculose des lympha-

[1]) Dagegen beschreiben solche Zellen de la Hausse (57) und Glöckner (56) in ähnlich verlaufenden Fällen von Pseudoleukämia infantum; diese Fälle reiht Sternberg den seinigen als Tbc. ebenfalls an, ebenso wie die schon erwähnten von Langhans (40) und den von Ricker (58), der einen ebensolchen Zellen enthaltenden, dabei aber typische Tuberkel aufweisenden Tumor in der Gegend der Brustdrüse eben wegen Vorhandensein dieser Zellen, unter Vernachlässigung der tuberculösen Veränderungen als Sarcom beschrieb.



tischen Apparates gibt, die sich im wesentlichen dadurch charakterisirt, dass es im lymphatischen Apparat zur Bildung eines Granulationsgewebes kommt, das sich durch seinen oft sehr bedeutenden Reichthum an überaus grossen Zellen (folgt nochmalige Charakterisirung derselben) auszeichnet. Dieses Granulationsgewebe ist bald mehr bald minder reichlich entwickelt, oft so reichlich, dass das ursprünglich vorhandene Gewebe nur mehr auf spärliche Reste reducirt ist."

Ich bin deswegen so lange bei Sternberg's Untersuchungen, Ergebnissen und Schlüssen verweilt, weil seine von ihm selbst untersuchten und aus der Literatur herangezogenen Fälle in verschiedener pathologisch-histologischer Beziehung Analoges, Identisches und Gemeinschaftliches mit dem uns beschäftigenden Falle darbieten. Wir bemerken hier wie dort ein Undeutlichwerden und eine bis zur Vollständigkeit gehende Verdrängung des normalen Lymphdrüsengewebes, also einen ganz allmäligen Uebergang derselben ohne scharfe Begrenzung, in ein eigenartiges Gewebe, welches der Hauptmasse nach aus epithelioiden Zellen, zum guten Theil aber auch, an manchen Stellen sogar vorwiegend, aus den merkwürdigen mehr- und grosskernigen grossen Zellen besteht. Die Herkunft der ersteren Zellen von den Lymphdrüsenendothelien, die Herkunft der letzteren Zellen von den epithelioiden, also die ontogenetische Unität aller dieser zelligen Gebilde, ist durch zahlreiche Uebergangsbilder nachweisbar. Ausserdem aber beherrschen bei Sternberg's Fällen das Bild stellenweise ausgebreitete Necrosen — bei uns nur vereinzelt wahrnehmbar; dagegen ist, wieder im Gegensatz zu Sternberg's Fällen, in unserem Falle der bindegewebige Component des Tumors sehr im Vordergrunde.

Ausser dem thatsächlichen Befunde sind auch die daran sich anschliessenden Ueberlegungen analog. Es handelt sich weder dort noch hier um Pseudoleukämie, es kann weder dort eine typische Tuberculose, noch hier eine histologisch typische syphilitische Veränderung vorliegen. Dort lag die Differentialdiagnose vor: Hat man einen echt sarcomatösen Tumor oder eine ungewöhnliche Form der Tuberculose vor sich? Ganz entsprechend müssen wir hier fragen: Können wir aus dem histo-

logischen Bild Beweise gegen Sarcom, für Lues bekommen? Sternberg und die von ihm citirten Autoren haben thatsächliche Beweise gegen die Annahme einer sarcomatösen Neubildung erbringen können; auch wir wollen im folgenden versuchen, uns in dieser Beziehung Klarheit zu verschaffen.

Indess will ich aber noch dem Einwande derjenigen begegnen, welche, nach Sternberg's Beschreibung, unseren Tumor den seinigen vollständig gleichstellen und jener eigenartigen Form von Tuberculose beizählen wollten. Einen entscheidenden Fingerzeig in dieser Richtung erhält man ausser vom klinischen Gesichtspunkt (der Mann ist vor- und nachher stets gesund gewesen und hat eben nur Lues durchgemacht) und ausser von dem Mangel an Bacillen (auch in Sternberg's Fällen waren dieselben nicht immer nachweisbar) durch den relativen Mangel an Necrosen, welche ja bei Sternberg's Fällen so charakteristisch hervortraten, in unserem Fall nahezu fehlen, insbesondere aber durch die im Gegensatz hiezu stehenden Bindegewebsentwicklung, die in unserem Fall an manchen Partien überaus mächtig ist, in Sternberg's Fällen ganz fehlt. Auch bei typischen Granulationsgeschwülsten ist ja das Vorwiegen einer fibrösen Umwandlung für den luetischen und gegen den tuberculösen Charakter von diagnostischer Wichtigkeit.

Woraus bewies nun Sternberg den tuberculösen, nicht sarcomatösem Charakter seiner Präparate? Er konnte in den von der zweifelhaften Erkrankung befallenen, sowie in anderen Organen derselben Individuen typische Tuberkelknötchen nachweisen; er konnte auf die Fälle hinweisen, wo durch Einimpfung ähnlich eigenartiger, aber nicht typisch tuberculös veränderter Gewebstheile beim Thier typische Tuberculose hervorgerufen wurde; er konnte endlich in manchen der atypischen Herde in loco Koch'sche Bacillen nachweisen. Uns standen diese Beweismittel nicht zur Verfügung: typisch-gummöse Veränderungen in dem befallenen Organ fanden sich nicht, der übrige Körper war frei von irgendwelcher Affection. Die Syphilis ist auf Thiere nicht übertragbar, den Erreger der Syphilis kennen wir nicht. Ich musste mich daher nach anderweitigen Beweismitteln umsehen.

Da die zelligen Bestandtheile unseres Tumors gegenüber Sarcom nichts charakteristisches hatten, wandte ich meine Aufmerksamkeit dem anderen Componenten, dem Bindegewebe, zu. Aber auch dieses gab, von den gewöhnlichen histologischen Gesichtspunkten aus betrachtet, zunächst keinen Aufschluss. Zwar dass das Bindegewebe kein präexistirendes normales Lymphdrüsenbindegewebe, sondern neugebildetes ist, kann man aus seiner Massenhaftigkeit, aus der Form und Verschiedenheit seiner Zellen mit Uebergängen zu den epithelioiden Tumorzellen, sowie aus dem Verhalten gegenüber der van Gieson'schen Methode constatiren. Aber für oder gegen Lues oder Sarcom konnte man eben aus der Betrachtung dieser Zellen und ihrer Kerne nicht schliessen; denn das in Sarcomen, mitunter so reichlich, vorkommende Bindegewebe hat, mit Kern- oder Protoplasma-Färbemitteln behandelt, nichts, was es von anderem jüngeren Bindegewebe unterschiede.

Da lenkte ich mein Augenmerk auf einen noch nicht von mir berücksichtigten Bestandtheil des Bindegewebes, die elastischen Fasern, speciell in Erinnerung und Anlehnung an eine das Verhalten derselben bei verschiedenen chronisch-entzündlichen und neoplastischen Vorgängen behandelnde Arbeit von P. Meissner (59), deren Conclusionen ich hier kurz recapituliren will.

Elastische Fasern sind ein unentbehrlicher Bestandtheil, in mehr oder minder bedeutender Menge, jeden normalen Bindegewebes. Sie bilden für dasselbe eine Art Stützskelet, wichtig für seine ständige Configuration, und bilden sich deshalb im Embryo schon zu einer Zeit, wo von sonstigen Bindegewebsfibrillen nichts zu bemerken und das embryonale Bindegewebe noch zelliger Natur ist. Bei jedem Vorgang nun, welcher, entzündlicher oder sonstiger Natur, mit einer Neubildung von persistirendem, normalen Bindegewebe einhergeht, werden in und mit diesen auch elastische Fasern neugebildet. Bei gummösen Processen in bindegewebigen Organen (sowie bei jeder anderen in Vernarbung ausgehenden infectiösen Granulationsgeschwulst) werden zunächst die präformirten elastischen Elemente an die Peripherie des Entzündungsherdes verdrängt; man findet sie nach der Taenzer-Unna'schen Methode tiefschwarzroth gefärbt, plump, dick, die verschiedensten Formen der Dehnung, Zerrung und Zerreissung darbietend und hierdurch deutlich als alte, präexistirende elastische Fasern erkennbar, hauptsächlich an der Peripherie des Herdes, eine scharfe Grenze desselben gegen das normale Gewebe bildend. Nur wenige sind im Innern des Infiltrats wahrnehmbar und gehen daselbst

bei Eintritt von Necrose zu Grunde. — Wandelt sich nun der bis dahin gummöse Herd in Granulationsgewebe, Bindegewebe und Schwiele um, so findet man inmitten desselben eine grosse Menge frischer, in loco entstehender, junger elastischer Fasern, als solche erkennbar und von den Resten der alten unterscheidbar durch ihren regelmässigen, leicht gewellten Verlauf, ihre Dünne und Zartheit, sowie die bei Orceïnfärbung hervortretende hellweissrothe Farbe, gegenüber der Variabilität, Plumpheit und Schwärze der mächtigen präexistirenden Fasern. Das von, um und in Granulationsgeschwülsten gebildete junge Bindegewebe enthält also frische, neugebildete elastische Fasern; es stellt sich dar als ein normales, weiterer physiologischer Function fähiges, eine Heilung des infectiösen Processes bedeutendes Bindegewebe.

Entwickeln sich dagegen bösartige Geschwülste, Carcinome und Sarcome, an bindegewebigen Orten, so bleibt sich von Anfang bis zu Ende ihr hetero- und anaplastischer Charakter auch in Bezug auf die elastischen Fasern gleich. Von vorneherein verdrängen und zerstören sie die präexistirenden elastischen Fasern, ganz wie es die Granulationsgeschwülste in ihren infiltrativen und necrotisirenden Stadien thun. Es gibt jedoch bekanntlich auch Tumoren, Carcinome und insbesondere Sarcome, in welchen die reichliche Neubildung von Bindegewebe eine hervorragende Rolle spielt. Dieses neugebildete Bindegewebe ist nun nicht wie die Schwiele nach Granulationsgeschwülsten als bleibendes, normal functionirendes Gewebe angelegt, sondern es ist wesentlicher Bestandtheil einer atypischen Wucherung und weicht als solcher functionell sowohl, wie nach Meissner insbesondere auch histologisch von normalem Bindegewebe ab.

Meissner vermisste in allen von ihm untersuchten, scheinbar normales Bindegewebe führenden bösartigen Geschwülsten jegliche Spur von neugebildeten jungen elastischen Fasern und stellt diesen Mangel als scharfes Kriterium für die Diagnose gutartiger und bösartiger Geschwülste im Gegensatz zu der regelmässig wiederkehrenden Neubildung elastischer Elemente in allen gutartigen Granulations- und Neubildungsprocessen hin.

Wenn auch nicht so scharf präcisirt, fand ich analoge Beobachtungen und Schlüsse auch bei Passarge (60).

Man findet (p. 14) „bei der Untersuchung jungen tuberculösen Granulationsgewebes die (elastischen) Fasern wohl erhalten, während sie im Innern des Tuberkels stets vermisst werden.“ p. 32: „Es findet in Operationsnarben eine zwar langsame, doch unter günstigen Verhältnissen mit der Zeit vollständige Regeneration des elastischen Gewebes statt.“ „In Geschwürsnarben liessen sich nur feine Fasern nachweisen.“

Dagegen p. 17: „An der Uebergangsstelle des (malignen) Tumors in das Bindegewebe der Haut sieht man ... die Fasern scheinbar spurlos verschwinden, während bei Anwendung von Taenzer's Orceïn in den

periphersten Tumorpartien noch feine Fasern hervortreten, welche desto spärlicher werden, je mehr man sich dem Tumorinnern nähert." „Ausser dieser Degeneration muss noch die Frage der Neubildung von elastischem Gewebe in Tumoren erwogen werden. In den echten Sarcomen liess sich eine solche in keiner Weise wahrscheinlich machen. Das Innere der Tumoren, also die älteren Partien, waren stets faserfrei, und die in der Peripherie nachweisbaren Fasern liessen sich unschwer als degenerirende erkennen."

Ich untersuchte zum Studium dieser Beziehungen einige central verkäsende, peripher zur fibrösen Schwiele werdende Leber- und Hautgummen, sowie insbesondere eine interstitielle gummös-fibröse Myositis der Zunge einerseits, ein bindegewebsreiches alveoläres Hodensarcom (mit kaum erkennbaren Resten von Hodenparenchym) und ein Angiosarcom der Leber andererseits. Ich konnte die Befunde von Meissner bestätigen, nämlich in den bindegewebigen Antheilen in den ersteren Fällen neugebildete elastische Fasern, in den letzteren Fällen höchstens Reste von allen Fasern finden.

Ich erhoffte mir demgemäss auch in dem uns beschäftigenden Falle Aufschluss von dem Verhalten der elastischen Fasern. Zu diesem Behufe war eine allgemeine Orientirung über das Verhalten der elastischen Fasern in normalen Lymphdrüsen nothwendig.

Ich fand in normalen Lymphdrüsen bei Orceïnfärbung typische, kräftig entwickelte elastische Fasern zunächst in der Drüsenkapsel, ferner in den gröberen und feineren Bindegewebssepten bis in die feinsten Trabekel, ferner in der Wand der Lymphräume und Sinus, und von letzteren und kleinen Trabekeln aus sich fortsetzend bis in die zelligen Follikel; auch in diesen waren elastische Fasern in wechselnder Menge vorhanden, also in allen Theilen normaler Lymphdrüsen ein reichliches Netz elastischer Fasern.

Ich untersuchte sodann Schnitte des uns beschäftigenden Tumors, zunächst mit Orceïnfärbung. Die Kapsel und Septen zeigten deutlich, dass sie mit den Kapseln und Septen der vormals bestandenen Lymphdrüsen identisch seien; man sah in ihnen zahlreiche, plumpe, dicke, tief schwarzroth und heller gefärbte Fasern von verschiedener Gestalt: bald leicht gewellt wie normale elastische Fasern, bald langausgestreckt, offenbar in Consequenz einer Zugwirkung, bald zu korkzieherartigen,

knäuelförmigen Conglomeraten zusammengeballt, vergleichbar einem zerrissenen Gummiband, offenbar der Effect einer Zerreissung. Jedenfalls kann man alle in der Kapsel und den Septen vorhandenen elastischen Fasern als präexistirende und zwar als durch mechanische oder sonstige Wirkung degenerirende Fasern bezeichnen. In der That konnte ich bei Färbungen auf degenerirendes Elastin nach Unna (61) deutliche Elacinfasern[1]) in der Kapsel auffinden. Ich färbte nach vier Methoden und bekam an den gleichen Stellen der Präparate einander entsprechende Resultate: bei polychromer Methylenblau-Tannin-Behandlung erschienen die Elacinfasern dunkelblau, bei Wasserblau-Saffranin-Behandlung roth, bei beiden Methoden die elastischen Fasern ungefärbt; bei Behandlung mit Orceïn-polychromem Methylenblau-Tannin das Elacin dunkelblau, bei Behandlung mit Orceïn-Saffranin roth gegenüber den in diesen beiden Methoden lebhaft dunkelbraun erscheinenden Elastinfasern.

Im Gegensatz zur Kapsel gelang es mir nicht, im Parenchym des Tumors, weder an den zellreicheren, noch an den vorwiegend bindegewebigen Partien mit einer der erwähnten Methoden irgend welche Spuren von Elacin nachzuweisen. Elastische Fasern jedoch sind in grosser Menge vorhanden. Auch sie zeigen sich jedoch bei Unna-Taenzerscher Orceïnfärbung nicht als Reste der ursprünglich in der Lymphdrüse vorhandenen elastischen Elemente, sondern sind kürzer oder länger, sanft wellig, sich vielfach zu einem engen Netz verflechtend, sehr schmal, scharf contourirt, eine hell weinrothe oder röthlich-braune Farbe annehmend; demgemäss charakterisiren sie sich als ganz frische, junge, neuge-

[1]) Unna l. c. p. 369: „Elacin nenne ich die Substanz solcher Fasern, welche den elastischen Fasern äusserlich ähnlich sehen, aber chemisch derart verändert sind, dass sie basische Farbstoffe aus alkalischen Lösungen anziehen."

„Die Färbung mit . . . Orceïn in saurer Lösung ist (zum Nachweis des Elacins) nicht brauchbar, da die Elacinfasern mitgefärbt werden, wenn auch bedeutend schwächer als die Elastinfasern. Man kann daher das Vorkommen von Elacinfasern in solchen Elastinpräparaten annehmen, wenn man viele auffallend schwach gefärbte Fasern wahrnimmt."

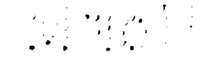


bildete elastische Fasern.[1]) Reste von verkümmernden alten elastischen Fasern lassen sich auch bei einfacher Orceïnfärbung nicht nachweisen. Dagegen überwiegen an manchen Partien, besonders den bei Kernfärbung bindegewebig erscheinenden Stellen, die neugebildeten elastischen Fasern dermassen, dass sie geradezu den Hauptbestandtheil des vorhandenen Bindegewebes ausmachen.

Auf Grund des Vorhandenseins neugebildeter elastischer Fasern (und in Uebereinstimmung mit den bei Färbung nach van Gieson erhaltenen Bildern) betrachte ich das im Parenchym unserer Tumoren reichlich vorhandene Bindegewebe als ein durch den pathologischen Process neu formirtes normales, im Gegensatz zu dem durch Druck und Zug in Mitleidenschaft gezogenen degenerirten alten, präexistirenden Bindegewebe der Kapsel. Da nach Meissner und Passarge, sowie meinen eigenen bereits erwähnten Befunden ein derartiges, elastische Fasern beherbergendes, normales Bindegewebe in sarcomatösen Tumoren nicht vorkommen kann, so erachte ich es für gerechtfertigt, die Diagnose „Sarcom“ auszuschliessen. Der klinische Verlauf, die Ergebnisse der Therapie und insbesondere das auch mikroskopische Beschränktbleiben der zelligen Wucherung auf die einzelnen Drüsen, mit Intactbleiben des Nachbargewebes, bieten ja, wie schon früher erwähnt, ebenfalls gewichtige Argumente gegen Sarcom.

Wir haben also vor uns eine chronische Lymphdrüsenschwellung, die wir auf Grund des histologischen Befundes sicher als kein einfach acut oder chronisch hyperplastisches, eitriges, fibröses, käsiges, typisch oder „eigenartig“ tuberculöses, secundär syphilitisches, leukämisches, lepröses, pseudoleukämisches, carcinomatöses oder sarcomatöses Lymphom ansehen dürfen; dagegen muss es irgend eine mit Bindegewebsneubildung einhergehende Granulationsgeschwulst sein, denn wir haben vor uns ein allerdings ganz eigenthümliches Granulationsgewebe mit Uebergängen in neugebildetes normales Binde-

[1]) Fig. III, *a*.



gewebe. Nach Ausschluss sämmtlicher erwähnten übrigen Lymphdrüsenaffectionen bleibt als letzte Möglichkeit nur übrig die Diagnose „Syphilis" und zwar, genauer präcisirt, „eigenartige Form von syphilitischer Lymphdrüsenerkrankung".

Eine weitere Stütze erhält diese Auffassung durch das Auffinden von Veränderungen an den Gefässen in der Kapsel und im Parenchym des Tumoren. Die Media und Adventitia sämmtlicher Gefässe gröberen und feineren Kalibers sind intact und normal. Dagegen findet man an verschiedenen Arterien das Lumen mehr oder weniger verengt durch eine Verdickung der Intima. Diese Verdickung gibt sich bei stärkerer Vergrösserung als eine rein zellige Wucherung, als eine starke Vermehrung der Endothelzellen in der Intima, nach einwärts von der elastischen Membran, kund. An einigen wenigen kleinen Arterien schreitet der Process bis zur vollständigen Obturation des Lumens vor.

In Anbetracht dessen, dass bei dem jetzt 34jährigen Mann von sonstigen Symptomen der Arteriosclerose nichts zu finden war, liefert auch das rein histologische Bild der Arterienaffection in unserem Falle nichts für eine Endarteriitis chronica deformans Beweisendes. Dagegen entspricht der Process der Endarteriitis obliterans von Heubner und Baumgarten.

Letzterer (62) betrachtet als für obliterirende Endarteriitis charakteristisch „1. die Bildung einer, aus vorzugsweise endothelialen, in ein spärliches körniges oder homogenes Bindemittel eingehüllten Elementen bestehenden zelligen Neoplasie, welche unmittelbar, d. h. ohne jede Interposition streifig elastischen Lagen, der intacten Membrana fenestrata aufruht; . . . 3. die völlige oder nahezu völlige Obstruction des Lumens durch ein fibröses, keine Verfettung und Verkäsung aufweisendes Gewebe — in Uebereinstimmung mit Heubner Verhältnisse, welche innerhalb des Texturgebietes der Endarteriitis chronica deformans nicht angetroffen werden, sondern nur bei Endarteriitis obliterans vorkommen."

Ebenso entspricht der Process der Endarteriitis proliferans von Orth (3): „Verdickung der Intima, entzündliche Bindegewebsneubildung, bei welcher durch eine Wucherung der Endothelzellen ein zelliges Material geliefert wird, dessen oberste Zellen stets wieder eine Endothelschicht bilden." „Die Ursachen für diese productive Arteriitis sind sehr verschiedene, ... die Syphilis spielt in der Aetiologie dieser Affection eine grosse Rolle, und zwar eine umso grössere, als bei ihr die Arteriitis auch als selbständiger Process vorkommt." (Orth.)



„Bewiesen ist das Vorkommen einer nicht syphilitischen, selbstständigen, obliterirenden Arteriitis jedenfalls nicht" (Baumgarten).

Wir können diesen Sätzen entsprechend, bei dem Mangel jeder Media- oder Adventitia-Erkrankung und bei der Beschränkung der Intimaerkrankung auf eine zellige, nicht verfettende oder verkäsende Neoplasie der Endothelien in unserem Falle die Arterienerkrankung als eine syphilitische bezeichnen.

Dieser Befund bietet also eine weitere Stütze für die auf Grund der übrigen mikroskopischen Kriterien erhobene Diagnose „Lues", und so können wir die Resultate der mikroskopischen Untersuchung als völlig conform dem klinischen Verlauf und der klinischen Diagnose „syphilitische Lymphome" hinstellen.

Zusammenfassend betrachtet, liefern also obige Beobachtungen den ersten genaueren mikroskopischen Befund bei einem klinisch zweifellosen Fall von Lymphom einer subcutanen Lymphdrüse bei Spät-Lues (gewöhnlich gummöses oder tertiäres Lymphom genannt). Dieser Fall entspricht in seinem mikroskopischen Bild weder demjenigen eines gewöhnlichen Gumma, noch dem eines indolenten Bubo, sondern ist als eine Affection sui generis zu betrachten, welcher histologisch einem grosszelligen Sarcom oder Endotheliom sehr ähnlich ist. Diese Aehnlichkeit wird gegeben durch die Zusammensetzung des Lymphoms aus von bindegewebigen Zügen umsponnenen grossen, epithelioiden Zellen (von den Endothelien der Lymphwege abstammend), sowie aus ganz sonderbaren Zellen von riesenhaften Dimensionen, an Gestalt rund, ellipsoid, polygonal, kipfelförmig oder ganz unregelmässig, mit reichlichem, feiner oder gröber granulirtem Protoplasma und einem ausserordentlich grossen oder 2—5 sehr grossen, intensiv färbbaren, ebenfalls in ihrer Form sehr variablen, oft in Karyokinese befindlichen Kernen und 1—2 hellen Nucleolen. Speciell die letztere Zellkategorie bedingte die mikroskopische Verwandtschaft unseres Lymphoms mit echten Sarcomen, während das Vorkommen derartiger

Zellgebilde bis jetzt in normalen Lymphdrüsen gar nicht und auch von allen krankhaften Processen der Lymphdrüsen nur in einem sicheren Fall (von Goldmann (46)) festgestellt werden konnte.

Die demgemäss nahe liegende Diagnose „Sarcom" konnte aber auf Grund des auch mikroskopischen Freibleibens der Drüsenkapsel und Umgebung von der Wucherung, ferner auf Grund des Vorhandenseins neugebildeter, junger, elastischer Fasern im Bindegewebe des Tumors abgelehnt und aus eben demselben Grunde, sowie auf Grund der vorhandenen, bei Abwesenheit anderer nachweisbarer Krankheitsursachen als specifisch syphilitisch anzusprechenden Arterienerkrankung direct die vorangegangene Lues als Ursache der vorliegenden Lymphdrüsenerkrankung bezeichnet werden. Es liegt also nicht nur klinisch, sondern auch histologisch der Beweis vor, dass wir hier ein im Spätstadium der Syphilis entstandenes, eigenartiges Lymphom vor uns haben.

Dasselbe entspricht klinisch dem öfter beschriebenen Bilde des gummösen oder tertiären Lymphoms, ist dagegen histologisch kein reines Gumma, sondern weist eine merkwürdige Analogie mit den neuerdings von Sternberg (41) beschriebenen eigenartigen tuberculösen Lymphomen auf.

Diese sind bis jetzt in der Pathologie der Lymphdrüsenerkrankungen die einzigen Krankheitsproducte, welche ein dem in unserem Falle vorkommendes ähnliches mikroskopisches Bild, insbesondere als charakteristischestes Specimen die merkwürdigen grossen Zellen darbieten. Auch in diesen Fällen war die Differentialdiagnose gegenüber Sarcom eine sehr erschwerte und gelang dem Autor nur nach reiflichem Studium.

Es ist schon höchst auffallend, dass zwei chronisch-infectiöse Krankheitsprocesse wie Lues und Tuberculose, deren typische Krankheitsproducte Syphilom und Tuberkel histologisch so viel Aehnlichkeit darbieten, nun in unserem und in Stern-



berg's Fällen, wo sie sich in einer ganz und gar ungewohnt atypischen Weise manifestiren, wieder histologisch analog, nahezu identisch verhalten. Noch merkwürdiger aber ist es, dass der einzige Unterschied, den man (ausser dem Mangel an Tuberkelbacillen in unserem Falle) zwischen den beiden Affectionen mikroskopisch feststellen kann, wieder eine deutliche Analogie zu den typischen Manifestationsformen der Syphilis und Tuberculose zeigt: Sternberg fand nämlich als häufigsten Abschluss des Processes in seinen Fällen eine anämische Nekrose und Verkäsung, in unserem Falle wiegt dagegen die Tendenz zur bindegewebigen Umwandlung und Schwielenbildung vor; besteht ja auf weite Strecken hin in jenen Fällen der Tumor aus verkästen Massen, in unserem Fall aus jungem Bindegewebe. Nun ist ja bekanntlich diese Neigung zur bindegewebigen Narben- und Schwielenbildung eine geradezu charakteristische Eigenschaft so vieler typisch syphilitischer Granulationsgeschwülste gegenüber den tuberculösen, wo diese Tendenz viel weniger in den Vordergrund tritt.

Wir finden also, wenn wir auch die vollständig ungewöhnliche Manifestationsform der Lues in unserem Fall anerkennen, doch gerade in Bezug auf den histologischen Endausgang des Processes eine interessante Analogie zu dem uns so vielfach geläufigen Verhalten typisch syphilitischer Granulationsgeschwülste.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Dr. Max Joseph für die bewiesene bereitwillige Unterstützung und sein Entgegenkommen bei Abfassung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank abzustatten.



Litteratur.

1. Fournier. Archives générales de Médecine, Septmb. 1889. — 2. Neumann. Syphilis, 1896. — 3. Orth. Specielle pathologische Anatomie. — 4. Birch-Hirschfeld. Pathologische Anatomie. — 5. Lang. Syyhilis. — 6. Ziegler. Pathologische Anatomie. — 7. Billroth. Archiv für klin. Chirurgie. X. — 8. Cornil. Journal de l' anatomie et de physiologie, 1878. — 9. Lanceraux. Traité de la Syphilis. — 10. Ramage. Thèse de Paris, 1880. — 11. Lustgarten. Wiener med. Presse, 1890, Nr. 26—28. — 12. v. Esmarch. Verhandlungen des Berliner Chir.-Congr. 1890. — 13. Langenbeck. Archiv für klin. Chirurgie, 1881. — 14. Wagner. Archiv der Heilkunde, IV, V. — 15. Salneuve. Thèse de Paris, 1852. — 16. des Ruelles. Thèse de Paris. 1852. — 17. Sarhhos. Thèse de Paris, 1853. — 18. Potain. Thèse de Paris, 1860. — 19. Gonnet. Thèse de Paris, 1878. — 20. Cahn. Union médicale, 1860. — 21. Vernueil. Archives de Méd. et de Chirurgie, 1871. — 22. Homolle. Dictionnaire Jaccoud, „Syphilis.“ — 23. Cooper, Syphilis. — 24. Cunningham. Glasgow med. Journal, 1880. — 25. Campana. Giornale ital. delle malattie ven. e della pelle, VI. — 26. Bourdon. Annales de Derm. et de Syph. IV, 1895. — 27: Bier, Dissertation Kiel, 1880. — 28. Busch. Wiener med. Presse, 1891. — 29. Gold. Wiener med. Presse, 1893. — 30. Carusi. Journal des maladies cut. et vén. 1892, IV, S. 35. — 31. Bäumler. Syphilis, v. Ziemssen's Handbuch, III, 174. — 32. Auspitz. Archiv für Derm. u. Syphilis, 1872. — 33. v. Zeissl. Wiener med. Presse, 1894. — 34. Guttmann. Deutsche med. Wochenschrift, 1894, Nr. 47. — 35. Thayssen. Dissertation Kiel, 1871. — 36. Montgomery. Festschrift des Vereines deutscher Aerzte in S. Francisco, 1894. — 37. Lannois und Lemoine. Revue de médecine, April 1887. — 38. Trousseau. Cliniques méd. de l' Hôtel Dien de Paris, III, 621. — 39. Virchow. Geschwülste, II. — 40. Langhans. Virchow's Archiv 54. — 41. Sternberg. Zeitschrift für Heilkunde, 1898. — 42. Virchow. Geschwülste, II. — 43. Virchow. Virchow's Archiv 15. — 44. Flemming. Archiv für mikr. Anatomie 24. — 45. Hoyer. Archiv für mikr. Anatomie 36. -- 46. Goldmann. Centralblatt für Pathologie und path. Anat. 1892, III. — 47. Kanter. Centralblatt für Pathologie u. path. Anat. 1894, V. — 48. Cordua. Arbeiten aus dem pathol. Institut Göttingen, 1893. — 49. Brosch. Wiener medic. Presse 1896, Nr. 30. — 50. Jaccousiel. Berliner klin. Wochenschrift 1897. — 51. Delafield. Medical Record 1887, I. — 52. Askanazy. Ziegler's Beiträge 1888, III. — 53. Waetzoldt. Centralblatt für klinische Medicin 1890, 45. — 54. Sabrazès. C. r. de la Sociéti d'anat. et de phys. de Bourdeaux, 1893. — 55. Tangl und Brentano. Deutsche med. Wochenschrift, 1891. — 56. Glockner. Dissertation München 1890. — 57. de la Hausse. Mün-



chener med. Abhandlungen II. — 58. Ricker. Archiv für klin. Chirurgie, 50. — 59. Meissner. Dermatolog. Zeitschrift, III. — 60. Passarge. Dermatolog. Studien, Heft 18. — 61. Unna. Monatshefte für praktische Dermatologie 19. — 62. Baumgarten. Virchow's Archiv 76. — 63. Baumgarten. Virchow's Archiv 86. — 64. Max Joseph. Haut- und Geschlechtskrankheiten, 2. Auflage, 1898, II.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel III.

Fig. I. (Zeiss Oc. 3, Obj. E.) Zellreicher Abschnitt des Tumors.
aaa die eigenartigen mehrkernigen grossen Zellen,
bbb epithelioide Zellen,
ccc Lymphocyten,
ddd Bindegewebszellen.
(Färbung mit Hämatoxylin-Eosin.)

Fig. II. (Zeiss Oc. 3, homog. Immersion 1/12). Einige der eigenartigen grossen Zellen bei starker Vergrösserung.

a. Polygonale Zelle mit fünf intensiv gefärbten, länglichrunden und einem hellerem bläschenförmigen Kerne.

b. Ovale Zelle mit einem sehr grossen halbmondförmigen, intensiv gefärbten und einem kleineren, helleren, bläschenförmigen Kern.

cc. Zwei runde Zellen mit einem und zwei grossen, bläschenförmigen Kernen (Uebergangsbilder zu epithelioiden Zellen).

d. Mononucleärer Leukocyt.

(Färbung mit polychromem Methylenblau.)

Fig. III. (Zeiss Oc. 3, Obj. B.) Bindegewebsreicher Antheil des Tumors. aaa Junge elastische Fasern. (Färbung mit saurem Orceïn.)



Bemerkungen zu der die Einreibecur ersetzenden Quecksilbersäckchen-Behandlung Welanders.

Von

Dr. **Schuster**, Aachen.

In seiner lehrreichen, im 46. Bande I. Heft dieses Archivs veröffentlichten Arbeit: „Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers" spricht sich Welander, Seite 51, dahin aus, dass wenn er auch die Möglichkeit der Aufnahme des durch Einreiben in die Haut gepressten Quecksilbers durch die Haut in den Körper zulasse, dennoch seine Auffassung den Untersuchungsresultaten Manasseïns von der Undurchgängigkeit der unversehrten Haut (s. Archiv Band 38) sowie der Merget'schen entsprechend dahin geht, dass die Haut für alles Quecksilber impenetrabel sei, ob dieses nun eingerieben oder eingestrichen werde. Deshalb sei die sogenannte endermatische Methode „eine Einathmungscur", d. h. also eine solche durch die Lungen. Demnach brauche nur die Bedingung für eine gute Verdunstung des Quecksilbers erfüllt zu werden. Zu dem Zwecke benützt Welander als Ersatz des mit manchen Unbehaglichkeiten verknüpften Einreibens oder Einstreichens der Quecksilbersalbe in die Haut ein kleines Säckchen, in dessen innere Flächen die Salbe gestrichen wird. Dieses Säckchen soll der Kranke auf der Brust, oder auch auf dem Rücken tragen. Das Säckchen soll über 50 Cm. lang und 40 Cm. breit sein, eine Ausdehnung, die, nebenbei bemerkt, schon mehr die Bezeichnung eines Sackes, als wie die eines kleinen Säckchens



beansprucht. Herr Welander verlangt, dass dieser Sack 10 bis 12 Stunden wenn möglich in Bettwärme getragen werde und zwar dem blossen Leibe anliegend; seine inneren Flächen werden täglich mit 6 Gramm der grauen Quecksilbersalbe bestrichen. Er vermochte in fast allen seinen Fällen schon nach 5 bis 6tägiger Anwendung aus 350 Gramm Harn das eliminirte Quecksilber in vielen kleinen, aber auch in grösseren Kugeln nachzuweisen. Dasselbe war also in Folge der Bett- resp. Hautwärme aus dem Säckchen und durch die Bekleidung (das Säckchen kann auch den Tag über getragen werden) verdunstet und höchstwahrscheinlich nur durch die Lungenathmung ins Blut gelangt. Welander ist ein zu sorgfältiger Beobachter und Forscher, als dass man seinen diesbezüglichen Veröffentlichungen nicht die grösste Beachtung schenken müsste. Deshalb konnte es nicht fehlen, dass diese der mächtigen Inunctionscur anscheinend gleich wirkende, aber durch ihre Einfachheit und Reinlichkeit bei Weitem überlegene Methode Welander's sich allseitigen Entgegenkommens erfreuen musste, und es scheint auch ihre Anwendung bereits vielfach zu geschehen.

Ich hatte Gelegenheit, einen Patienten aus dem schwedisch sprechenden Norden zu behandeln, der zwei Welander-Säcke innerhalb resp. während 24 Tage den einen 14, den anderen 10 Tage lang Tag und Nacht getragen hatte und der erwähnte, dass in seiner Stadt die Säcke in den Apotheken käuflich zu haben seien. Dieser Kranke gab mir besondere Veranlassung, der Welander'schen neuen Behandlung nachzugehen. Der betreffende Kranke, 42 Jahre alt, hat sich 1878 inficirt. Er gebrauchte damals 80 Inunctionen und blieb geheilt bis 1888. Da bekam er tiefgehende Geschwüre auf der Nase und im Gesicht, deren Narben mit ihren gezackten Rändern bis heute geblieben sind. Er gebrauchte 1888 15 Calomelinjectionen und 1889 nochmals deren 10. Im Jahre 1892 heiratete er. Er hat 2 gesunde Kinder im Alter von 6 und 4 Jahren. Im Sommer 1898 bekam er langsam zunehmende, meist im Nacken sitzende Kopfschmerzen, dazu gesellte sich zunehmende Schwäche des Gehörs, insbesondere des linken Ohres nebst Ohrensausen, es gesellte sich Schlaflosigkeit dazu, Abmagerung, Ermüdung, das Denken

und Arbeiten wurden beschwerlich, zuletzt unmöglich. Jodkali hatte keinen Erfolg. Deshalb wurde ihm die Welander'sche Sackbehandlung verordnet, die er, wie gesagt, 24 Tage, bis zu seiner Hierherkunft, aber ohne den geringsten Erfolg gegen seine Klagen gebrauchte. Ich liess nun den Harn von einem dazu befähigten Chemiker auf Quecksilber untersuchen. Es wurde die empfindliche Ludwig-Fürbringer'sche Methode angewandt. Es konnte kein Quecksilber nachgewiesen werden. Nun verordnete ich dem heruntergekommenen Kranken Inunctionen zu je 5 Gramm, denen jedesmal ein Schwefelbad vorausging. Letzteres wurde wegen wiederholt auftretender mercurieller Zahnfleischschwellung zeitweise durch ein Schwitzbad ersetzt. Der Kranke besserte sich schon nach 14tägiger Cur in allen seinen Krankheitserscheinungen, und nach 30tägiger Behandlung konnte ich den Kranken als von allen seinen Klagen, auch den Gehörsstörungen vollständig geheilt und wieder arbeitsfroh und fähig für seine Stellung nach Hause entlassen.

In Folge dieses für die Sackbehandlung vollständig negativen Resultates veranlasste ich Herrn X., einen gesunden 46 Jahre alten Mann, die Sackbehandlung durchzumachen. Es wurde insoferne ein kleiner Fehler gemacht, als der Sack statt 50 nur 36 Cm. lang und statt 40 nur 26 Cm. breit war; aber er bedeckte die Brust vollständig. Innerhalb 30 Tagen wurden 2 derartige Säckchen verbraucht; jeden Tag wurden die inneren Flächen mit 5 Gramm grauer Salbe bestrichen. Die Säckchen wurden Tag und Nacht getragen. Herr X. war meist zu Hause, ging täglich nur etwa 2 Stunden aus und blieb von $10^1/_2$ Abends bis Morgens $7^1/_2$ im Bette. Nach zwei- und auch nach dreiwöchentlicher Anwendung wurde der Harn auf Quecksilber untersucht. Das Ergebniss war jedesmal ein negatives. Am 31. Tage jedoch wurden Spuren Quecksilbers im Harne nachgewiesen. Ich habe dann noch 5 Tage nach Entfernung des Sackes den Harn untersuchen lassen. Das Ergebniss war Folgendes:

Eingelieferte Harnmenge 850 Ccm.
Farbe gelb; Durchsichtigkeit: klar.
Geruch normal; Reaction: stark sauer.
Specif. Gewicht 1·024. Feste Bestandtheile im Liter 55·92 Gr.



Eiweiss, Zucker: nicht vorhanden.

Quecksilber: Spuren, nur geringe Reaction.

In Folge dieser beiden für die Sackbehandlung nicht gerade ermuthigenden Fälle — beide Herren erwähnten, dass nur im Anfange ein unangenehmer Salbengeruch sich geltend mache, dagegen mehr empfindlich ein Kältegefühl auf dem dem Sack anliegenden Hauttheile entstände — beschloss ich, an mir selbst die Welander'sche Sackbehandlung möglichst genau nach Vorschrift vorzunehmen und zu prüfen. Da ich gerade an einem Bronchialcatarrh mit zeitweise beängstigenden, heftigen Hustenanfällen litt — ich hatte solche Hustenparoxysmen zuerst im Winter des französischen Feldzuges auf dem Marsche, seit dem Influenzajahr aber werde ich jeden Winter davon befallen und ohne Bett- und Hausarrest erziele ich keine Besserung — so war mir ein längerer Bettaufenthalt erwünscht und erforderlich. Gegen die schlafstörenden Hustenanfälle nahm ich Heroïn, das 0·01 nur dann die ihm nachgesagten guten Dienste that, wenn ich es mit Codeïn verband. Die Quecksilbereinathmung fürchtete ich nicht, weil ich das Calomel in der schweren Influenza-Epidemie oft sehr erfolgreich gesehen hatte. Den 50 Cm. langen und 40 Cm. breiten Baumwollsack, dessen innere Flächen mittels eines Holzspatels sehr schön und leicht sich mit 6 Gramm grauer, officineller Quecksilbersalbe jeden Abend bestreichen liessen, und der der Brust und dem Bauche — soweit reichte er bei mir — glatt anlag, gebrauchte ich zuerst Ende December 1898. Auf der Brust und auf der Bauchhaut hatte sich während der Nacht jedesmal ziemlich viel Schweiss gebildet, in Folge dessen die Berührung des Sackes Kältegefühl machte. Ich hatte keine Fiebertemperatur; blieb meist 12 bis 14 Stunden im Bette liegen und verliess das Haus nur alle 2 Tage auf eine Stunde zu nothwendigen Besuchen. Im Ganzen wurde der 14 Mal bestrichene Sack 14 Tage und Nächte lang getragen, während welcher Zeit ich nur einmal badete und einmal die Unterkleider wechselte. Nach 8tägiger Anwendung wurde mein Harn zum ersten Male auf Quecksilber untersucht; es wurden deutliche, wenn auch geringe Mengen in Gestalt eines etwa 2 Mm. breiten rothen Jodquecksilberringes nachgewiesen. Am 14. Tage — mein Husten hatte sich

insoweit gebessert, dass ich Nachts ohne Narcotica nur selten noch hustete — erhielt ich folgende Analyse:

Allgemeine Kennzeichen:

Eingelieferte Harnmenge: 1370 Ccm.,
Farbe: dunkelgelb,
Geruch: normal,
Reaction: stark sauer,
Specif. Gewicht: 1·0275.

Normale Bestandtheile:

Feste Bestandtheile im Liter .	64·07
Harnstoff.	19·21
Harnsäure	0·56
Chlorverbindungen	9·85
Phosphate	2·12

Anormale Bestandtheile:

Eiweiss: minimale Spuren,
Zucker, Aceton: Gallenfarbstoffe fehlen,
Quecksilber: vorhanden, Ausscheidung vermehrt.

Nachdem das Tragen des Sackes 5 Tage unterblieben war, liess ich den Harn wieder auf Quecksilber untersuchen, die positive Reaction von Jodquecksilber war deutlich sichtbar; 9 Tage nach dem Aufgeben der Sackbehandlung wurde kein Quecksilber im Harne gefunden.

Es kann demnach auch für mich keinem Zweifel unterliegen, dass bei genügend ausgedehntem und ruhigem Verhalten im Bette durch die Welander'sche Sackbehandlung eine immerhin wohl zu beachtende Menge Quecksilber ins Blut übergeht, und dass dies wohl nur durch die Lungenathmung geschieht. Dafür spricht auch der Umstand, dass der goldene Deckel meiner tagsüber in der Westentasche getragenen Uhr einen tiefmatten Anflug bekam. Eine Möglichkeit gleichzeitiger Hautabsorption wäre in dem Umstande gegeben, dass, da das Wasser ja leicht Gase und so auch verdunstendes Quecksilber absorbirt, die dem Lappen anliegende Haut schwitzte. Diese Möglichkeit muss aber weit mehr bei der üblichen Einreibecur in Betracht gezogen werden, bei der ja die Quecksilbersalbe bis in die Hautfollikel hineingepresst wird. Wenn ich die mittels der Sackbehandlung aus meinem Harne erzielten Jodquecksilber-



ringe mit denen vergleiche, welche ich in früheren Jahren bei den vielen vorgenommenen Harnanalysen erhalten habe, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass bei lange fortgesetzter Sackbehandlung auch ein therapeutischer Erfolg erzielt werden kann.

In Folgendem gebe ich die Analyse des Harnes eines Patienten nach 6mal vorgenommener altüblicher Einreibung, Patient machte jedesmal die 5 Gramm starke Einreibung in der ersten Stunde nach einem hiesigen Schwefelthermalbade:

Eingelieferte Harnmenge: 950 Ccm.,
Farbe und Durchsichtigkeit: gelb, klar,
Geruch: normal,
Reaction: stark sauer,
Specif. Gewicht: 1·0225,
Feste Bestandtheile im Liter: 52·16,
Eiweiss, Zucker: nicht vorhanden,
Quecksilber: sehr deutlich erkennbare grössere Mengen.

Patient scheidet grosse Mengen Harnsäure aus. Nach weiteren 6 Einreibungen zwang das schwellende Zahnfleisch, zeitweises Aussetzen der Einreibungen.

Die folgende Analyse betrifft den Harn eines Patienten, der jetzt zum ersten Male Quecksilber gebrauchte und zwar waren 8 Inunctionen zu 4 Gramm nach jedesmaligem Bade gemacht:

Eingelieferte Harnmenge: 1000 Gramm,
Farbe: gelb; Durchsichtigkeit: trübe; specif. Gew. 1·0213, Reaction: schwach sauer; Zucker, Eiweiss nicht vorhanden. Quecksilber: vorhanden.

Vor dem Jodzusatz unter dem Mikroskope grössere und kleinere Quecksilberkügelchen erkennbar. (Das Zahnfleisch geschwollen.)

Mit Rücksicht auf die Thatsache, dass — wie in diesem Archive 1881 der mir befreundete, nun verstorbene Chemiker Herr Dr. Wings bewiesen hat — der Verdunstungsfactor des Quecksilbers bei gegebener Temperatur sich nur nach seiner Oberfläche richtet, lasse ich immer möglichst grosse Hautflächen einreiben. Wenn wir nun unter Nichtbeachtung gegen-



theiliger Untersuchungen und Ansichten mit Manassein (s. d. Arch. Bd. 38) annehmen, dass die unversehrte Haut nichts von dem in sie Eingeriebenen aufnehme, demnach bei der üblichen Einreibecur das aufgenommene Quecksilber nur durch die Lungenathmung ins Blut gelange, so kann es nach den, wenn auch wenigen, so doch unabweislich bestimmte Antworten gebenden hier angeführten Beispielen keinem Zweifel unterliegen, dass die Behandlung mittels directer Einreibung der Haut viel mächtiger wirkt, als die mittels des der Haut anliegenden, mit Quecksilbersalbe eingeriebenen Sackes. Mit letzterem dürften den beiden ersten angeführten Beispielen entsprechend viel häufiger negative Resultate zur Verzeichnung kommen, als mit den bis jetzt üblichen Einreibecuren. Demnach kann ich sie insbesondere bei ernsteren Fällen auch nur als Versuch an Stelle der Einreibungscur nicht annehmen. Ich gehöre nicht zu denjenigen, welche letztere als unfehlbar ansehen; ich habe es wiederholt erlebt und auch ausgesprochen, dass zuweilen auch diese Curweise wirkungslos bleibt, weil wenig oder fast gar kein Quecksilber ins Blut gelangt; das schien mir bei Patienten mit trockener, nicht zum Schwitzen geneigter, oder zu fetter oder stark behaarter Haut der Fall zu sein. Ist dieses richtig — schliesslich wird ja bei sehr lange ausgedehnter Cur auch in solchen Fällen eine etwa wirksame Menge Quecksilber ins Blut gelangen — so beweist dieses, dass die Einreibungen nicht durch die Lungenathmung allein ihre Quecksilberwirkung entfalten; denn wird bei den Einreibungen nur durch die Lungen das verdunstende Quecksilber aufgenommen, so muss, gleichgiltig, ob eine behaarte oder unbehaarte, eine fette oder magere, eine trockene kalte oder feuchte warme Haut eingerieben wurde, immer dieselbe Aufnahme des Quecksilbers geschehen, in Voraussetzung der sonstigen, gleicherweise vor sich gehenden Einreibebedingungen. Das ist aber thatsächlich nicht immer der Fall.

Zur weiteren Erläuterung führe ich hierhergehörige Angaben aus der ausführlichen Arbeit Lindén's an „Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers" (s. d. Archiv, Ergänzungshefte 1893, S. 223). „Aus Nr. 23 geht hervor, dass nach Einreibung von 7 Päckchen





noch kein Quecksilber im Urin (nach Almén) nachzuweisen war, und 14 Tage, nachdem 10 Päckchen eingerieben waren, nur eine geringe Menge angetroffen werden konnte. In Nr. 31 waren 12 Analysen gemacht worden nach Einreibung von 2, 4, 6, 8, 13 und 16 Päckchen, alle mit negativem Resultat; erst nach Einreibung von 19 Päckchen oder 23 Tage nach Beginn der Cur war Quecksilber im Urin anzutreffen; 9 Tage nach Beendigung der Cur war es wieder verschwunden." Herr Lindén glaubt S. 224, „wieviel Quecksilber durch die Haut resorbirt wird, beruht grossentheils darauf, wie die Einreibung ausgeführt wird, und dass dasselbe durch die Haut ungleichmässig und langsam aufgenommen wird".

An dieser Stelle muss ich übrigens einen das Resultat meiner früheren Quecksilberuntersuchungen verkennenden Irrthum richtig stellen, den Lindén, S. 171, mir in den Worten zuweist: „In Uebereinstimmung mit Oberlaender meint Schuster, dass eine Regelmässigkeit in der Ausscheidung des Quecksilbers nicht nachzuweisen ist." — Ich habe mir im Gegentheil immer etwas darauf zu Gute gethan, dass ich die Regelmässigkeit der Ausscheidung des Quecksilbers bis zu 6 und zuweilen bis 8 Monaten nach der Einreibecur nachgewiesen habe und ich muss für diesen Nachweis die Priorität für mich in Anspruch nehmen (s. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin 1882 und Deutsche med. Wochenschrift 1884, „Neue Aufschlüsse über die Ausscheidung des Quecksilbers") und an der Regelmässigkeit der Ausscheidung trotz vorhandener gegentheiliger Behauptungen festhalten.

Wenn ich nun die Sackbehandlung Welander's der Einreibecur gegenüber für minderwerthig halte, so kann ich mit Rücksicht auf das an mir selbst erlebte Resultat der positiven Aufnahme des Quecksilbers mittels der Sackbehandlung nicht umhin, zu glauben, dass auf dem von Welander angebahnten Wege eine Inhalationsmethode gefunden werden wird, welche der Inunctionscur vollständig ebenbürtig sein kann, vorausgesetzt, dass diese, wie Welander und A. wollen, nur eine Lungeninhalationscur ist. Herr Welander stellt in seiner Eingangs erwähnten Arbeit eine Vervollkommnung seiner Methode in Aussicht, und ich bin auch mit Versuchen zu einer

einfachen und sicheren Inhalationscur beschäftigt, über deren Ergebnisse ich gelegentlich zu berichten beabsichtige.

An dieser Stelle ist es aber erforderlich, der Merget-schen Versuche mit „Flanelles mercurielles" zu erwähnen, die Welander in seiner Arbeit anführt und über die ich einen Bericht von Vigier in dem „Journal des Maladies cutanées et syphilitiques" du Dr. Henri Fournier 1893, Nr. 1, finde. In diesem Berichte geht Merget von der Ansicht aus, dass die Heilwirkung der Inunctionen von der Verdunstung des Quecksilbers abhänge, das einzig und allein nur durch die Lungen aufgenommen werde. Er lässt demnach die Quecksilberdünste aus einem mit dem Metall getränkten spongiösen Stoffe einathmen. Man tauche eine dichte Wolle in eine Lösung von salpetersaurem Quecksilberoxydul (azotate de protoxyde de mercure) und lasse sie nach der Trocknung durch eine ammoniakalische Lösung gehen. Es bildet sich die Hahnemann'sche Mercurlösung, eine Mischung, in der überreichlich das äusserst fein vertheilte metallische Quecksilber vorherrscht. Man lässt trocknen, und nun ist das reine Metall sehr innig mit dem Gewebe verbunden; man klopft leicht den Wollstoff (la laine), um die freien Staubtheilchen zu entfernen und umschliesst die Wolle mit dichter Leinwand, denn nach Merget kann der Mercurstaub leicht Stomatitis machen, während diese Wirkung von der Uebersättigung des Organismus mit den blossen Verdunstungen, welche der Zwillich abgibt, nicht zu befürchten ist, vorausgesetzt, dass die Verdunstung bei einer Temperatur geschehe, die niedriger ist als die Körpertemperatur. Merget empfiehlt, solche Säckchen auf das Kopfkissen zu legen und darauf dann die Backe, wenn man während der Nacht auf der Seite liegt, oder es um den Hals zu hängen und äusserlich unter dem Kinn zu tragen möglichst nahe den Nasenöffnungen, wenn man auf dem Rücken liegt. Wenn man während des Tages diese Behandlung unterbricht, so scheide sich das Quecksilber aus und das Experiment zeige, dass man in dieser Weise ohne Unterbrechung während langer Monate fortfahren kann, ohne dass irgend welche unangenehme Wirkung des Quecksilbers sich geltend mache. In dem Harne aller mit den Flanelles mercurielles Behandelten fand sich Mercur, und zwar hob



Merget hervor, dass bei derartigen viermonatlichen Einathmungen die tägliche Menge des eliminirten Quecksilbers 6, 8 und selbst (!) 9 Milligramm betrug.

In der Discussion bemerkte damals Hallopeau, dass, wenn die Flanelles mercurielles weder Stomatitis, noch Zeichen von Hydrargyrose ergeben, dies nur davon herrühren könne, dass wenig Mercur absorbirt worden sei. Ausserdem bemerkt er, dass die Ansicht Merget's, die Einreibungen wirkten nur in Folge der Lungeneinathmung der Mercurgase, welche die Körperwärme frei mache, zweifelhaft erscheine, denn wäre sie wahr, so müsste die Absorption immer dieselbe sein, während diese doch thatsächlich ganz unterschiedlich je nach der Gegend, die eingerieben wurde und der Beschaffenheit der Haut sei. Das war im Jahre 1892. Es scheint nicht, dass bis heute die Merget'sche Inhalationsmethode in Frankreich sich Eingang verschafft habe, dass im Gegentheil die Injectionen mit Calomel und grauem Oel die Oberhand gewonnen haben.

In seinem sehr ausführlichen und inhaltreichen Buche: Traitement de la Syphilis 1896 von Charles Mauriac spricht sich dieser sehr erfahrene Syphilidologe eingehend über die Einreibungscur, sowie über die Merget'sche Inhalationscur aus. Seite 214 bemerkt er in Bezug auf die Flanelles mercurielles: „Es ist sehr leicht möglich, dass man mit denselben Heilungen erhalten habe; aber wie soll man genau das durch die Lungenathmung absorbirte Quecksilber dosiren? Es ist wenig wahrscheinlich, dass diese Behandlungsweise jemals allgemein gebräuchlich werde, was man auch thun möge, um sie zu reguliren und praktisch zu gestalten.“ Betreffs der Einreibungen ist er der Ansicht Fürbringer's, dass das Quecksilber sowohl durch die Haut, wie durch die Athmung absorbirt werde, betont aber, dass das durch die Einreibung als Depot in die Poren der Haut gepresste Metall eine ebenso beständige wie milde Absorption durch die Haut erleide.

Es muss nun abgewartet werden, ob die Merget'sche Behandlung in Folge des gewichtigen Anstosses, den die Welander'schen Einstreichungen und dann seine Sackbehandlung der mercuriellen Inhalationstherapie gegeben haben, zu allgemeiner Anerkennung kommen oder zur Verbesserung führen, oder aber wieder der Vergessenheit anheimfallen wird.

Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1899.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Matzenauer.

---

1. **Ehrmann** demonstrirt einen Fall von Alopecia areata bei einem luetischen Individuum; die erkrankten Stellen sind klein, theils kahl, theils mit dünnen grauen Haaren bedeckt; die dieselben begrenzenden Hautpartien sind mit sehr dichten Haaren bedeckt. Die Haarerkrankung hat vor der Lues begonnen. In differentialdiagnostischer Beziehung ist zu bemerken, dass eine luetische Alopecie von gleicher Dauer sicherlich nicht auf kleine Herde beschränkt geblieben wäre. Im Einklange mit Neumann macht er auf die verdünnte Haut an den kahlen Stellen und auf den Schwund des Pigments aufmerksam; einzelne neuwachsende Haare sind pigmentlos.

2. **Kaposi** stellt einen 17jährigen Mann mit Pemphigus foliaceus vor, der sich unter dem Bilde eines acuten universellen Eczems entwickelt hat. Bei seinem Eintritte in die Klinik (Mitte October 1898) war allenthalben die Haut mit mächtigen Borken bedeckt, beim Versuche sich zu strecken, bekam er starke Einrisse, die ihm heftige Schmerzen bereiteten; nirgends war vorher eine Blase zu sehen. Die kranken Stellen wurden mit einem Salbenverbande bedeckt, der dem Patienten grosse Erleichterung brachte; doch entwickelte sich unter dem Verband eine Steigerung der Exsudation, welche zum Bilde eines nässenden Eczems führte; von Zeit zu Zeit stellte sich etwas Fieber ein. Im weiteren Verlaufe stellte sich eine acute Blaseneruption ein; auch an Stellen, wo bereits Ueberhäutung stattgefunden hatte, traten neue disseminirte Blasen auf, welche wieder einen serpiginösen Charakter annahmen, indem im Centrum Heilung eintrat. Jetzt sieht man am ganzen Stamm, den Extremitäten und der Gesichtshaut die Epidermis serpiginös abgehoben, die erkrankten Stellen von einem $\frac{1}{2}$ Cm. breiten, rothen, nässenden, scheinbar epithellosen Streifen begrenzt, während sich nach einwärts von frischer Epidermis bedeckte Stellen finden. Kaposi macht auf das wechselnde Bild des Pemphigus foliaceus aufmerksam, bei dem von Zeit zu Zeit wesentliche Besserungen, in einzelnen Fällen sogar wirkliche Heilungen auftreten, indem der ganze



Process sistirt und sich ein Pemphigus vulgaris disseminatus entwickelt. Im Stadium der Besserung nimmt das Körpergewicht und der Ernährungszustand zu. Der vorgestellte Patient, der überdies an Endocarditis leidet, hat fortwährend Frostgefühl, weil er nicht genügend entwickelte Epidermisschichten hat.

Neumann macht auf das jugendliche Alter des Patienten aufmerksam und zeigt als Pendant die Abbildung eines Falles von Pemphigus foliaceus, der sich besonders im Gesichte wie ein Eczem darstellte.

3. **Ehrmann** demonstrirt einen Fall von Knötchensyphilid, das eine grosse Aehnlichkeit mit einem Knötchenlupus bietet. Besonders am rechten Arm findet sich ein schön ausgebildeter Kreis von flachen Knötchen, die sich nicht blos auf die Peripherie des Kreises beschränken, sondern auch dessen Mitte einnehmen. Das Fehlen von Narben spricht für Syphilis.

Kaposi führt als weitere differentialdiagnostische Momente an, dass auch die kleinen Knötchen tastbar hervorragen und einen starken Glanz besitzen, der den Lupusknötchen nicht zukommt. Die in der Mitte des Kreises stehenden Knötchen sind Reste eines kleineren Kreises, dessen Contouren bei der Confluenz mit dem benachbarten Kreise zu Grunde gegangen sind.

4. **Hebra** stellt ein junges Mädchen vor, bei welchem er vor drei Jahren einen über guldenstückgrossen und bis in die Nähe des Augenwinkels reichenden Lupusherd excidirt hat. Es erfolgte kein Recidiv, der kosmetische Effect ist sehr befriedigend.

5. **Hebra** stellt drei Fälle von Sclerodermie vor, die er mit Thiosinamin behandelt. Die erste Patientin hat 24 Injectionen erhalten; die Haut, welche früher stark gespannt und glänzend war, ist annähernd normal geworden, die pralle Oedemisirung ist geschwunden, der starke Glanz und die Spannung haben wesentlich nachgelassen. Die Haut sieht daher wie ein zu weiter Sack aus. Bei der zweiten Patientin ist ebenfalls nach 24 Injectionen die früher steinharte circumscripte Erkrankung sowohl in ihrer Ausdehnung als auch in ihrer Resistenz vermindert; in Folge des Nachlasses der Spannung ist eine leichte Schrumpfung der Haut eingetreten. Bei der dritten Patientin macht sich schon nach der vierten Injection eine Besserung geltend, indem sie die Augenlider besser schliessen kann und ihre Schultern besser zu heben vermag als vor Beginn der Behandlung. Hebra injicirt jeden zweiten Tag von einer 15% alkoholischen Lösung in die Intrascapularregion bis zu einer halben Pravaz'schen Spritze; die Injection darf nicht oberflächlich sein, da sie sonst zur Entstehung von circumscripter Nekrose des Corium Veranlassung geben kann; bei sorgfältig ausgeführter subcutaner Einspritzung erfolgt keinerlei unangenehme Erscheinung. Im Gefolge der Injectionen treten an den erkrankten Partien Röthung und Schwellung auf; die Stellen werden empfindlich, besonders bei Bewegungen; nach ein bis zwei Wochen verschwindet die Röthung und die Schwellung nimmt ab. Die Wirkung des

Thiosinamin beruht auf der lymphtreibenden Wirkung, welche Hebra im Vereine mit Gärtner experimentell festgestellt haben.

Kaposi hebt die Wichtigkeit der Thatsache hervor, dass man mit lymphtreibenden Mitteln die auf einer Art von Lymphostase beruhende Sclerodermie zurückzubringen vermag; zweifellos werden auch andere lymphagoge Mittel dieselbe Wirkung ausüben. In Bezug auf die vorgestellten Kranken bemerkt er, dass die dritte Kranke sich vor drei Jahren auf seiner Klinik befand und dass sich damals der Process durch seine Acuität auszeichnete.

Neumann bemerkt, dass die gleichzeitige Demonstration von drei Sclerodermafällen wohl nur selten möglich ist; ob durch Injectionen auch im atrophischen Stadium der Sclerodermie eine Besserung möglich sei, dürfte erst die weitere Beobachtung zeigen; bisher war man nur im elevirten Stadium im Stande, durch Massage einen Erfolg zu erzielen.

Hebra fügt seinen Bemerkungen über die Sclerodermiebehandlung mit Thiosinamin noch an, dass das Thiosinamin auch auf Narbengewebe einen günstigen Einfluss übe. Narben, welche man früher für vollkommen unveränderlich hielt, können durch Thiosinamin einer Besserung zugeführt werden. Speciell die von Riss- und Quetschwunden herrührenden Narben werden in sehr kurzer Zeit weich und schmerzlos, wovon er gelegentlich an geeigneten Fällen die Gesellschaft überzeugen wird.

6. **Lang** demonstrirt einen 31jährigen Tischlergehilfen, mit einem ausgedehnten Lupus papillaris am Fussrücken und an der Beugeseite des Sprunggelenkes; möglicherweise ging hier eine tuberculöse Infection von einer kleinen Verletzung am Fussrücken aus; die krankhafte Partie wurde exstirpirt und nach Thiersch gedeckt. Der Kranke hat ausserdem Geschwüre an der Epiglottis und am hinteren Ansatz der Stimmbänder.

Hebra empfiehlt für diesen Fall seine Thiosinaminbehandlung.

7. **Lang** stellt eine 38jährige, sehr herabgekommene Frau mit einem gruppirten kleinpapulösen Syphilid vor, welche besonders an den unteren Extremitäten sehr dicht, meist an die Follikel gebunden, an den Unterschenkeln geschwürig ist. Die Aehnlichkeit mit einer Folliculitis tabescentium ist hier sehr gross; auch an den Fusssohlen ist der gruppirte kleinpapulöse Charakter der stellenweise hämorrhagischen Efflorescenzen erhalten. An den Händen ein Palmarsyphilid. Genitale und Schleimhäute vollkommen frei. Der Mann war vor kurzem mit frischer Syphilis behaftet.

Ehrmann weist darauf hin, dass die Syphilide an den unteren Extremitäten sehr gerne hämorrhagisch werden; er habe in solchen Blutaustritten Haemosiderin nachweisen können; dieser Blutaustritt sei durch eine luetische Endarteriitis bedingt.

8. **Lang** stellt eine Frau mit einem ulcerösen Syphilid an der Nase vor, der syphilitische Charakter der Affection ist wegen der weichen Schwellung der übrigen Nasenhaut nicht leicht zu erkennen. Zur Sicherstellung der Diagnose wird sie jetzt Jodkalium erhalten.

Kaposi räth, in diesem Falle Emplastrum hydrargyri aufzulegen.



9 **Kaposi** zeigt im Anschlusse an die vorhergehende Demonstration einen Fall von hämorrhagischer Lues und bemerkt, dass alle Formen von Entzündungen an den unteren Extremitäten bei kachektischen Individuen leicht hämorrhagisch werden. Den Primäraffect bildete vielleicht eine an der Wange sitzende thalergrosse, blaurothglänzende Stelle.

Hebra bestätigt, dass nicht die Syphilis allein, sondern jede Entzündung einen hämorrhagischen Process hervorrufen könne; er habe einmal nach einer intramusculären Sublimatinjection den ganzen Stichcanal nekrotisch ausfallen gesehen.

Lang möchte auch die Stelle an der Wange für den Primäraffect halten, wenn auch die regionären Lymphdrüsen nicht vergrössert sind.

10. **Kaposi** weist an einem Falle von Lues gummosa der Nase und des Lidrandes auf die rasche Heilwirkung des Emplastrum hydrargyri hin; das Geschwür an der Nase hatte bei dem Beginne der Behandlung das Aussehen eines tuberculösen Geschwürs; da sich manchmal gummöse Syphilis und Tuberculose combinirt, war die Differentialdiagnose schwer zu stellen; die rasche Heilung unter grauem Pflaster ohne jede andere Behandlung erlaubt es, Tuberculose auszuschliessen.

Lang hat einen Fall von combinirter Lues und Tuberculose unter einer antiluetischen Behandlung vollständig heilen gesehen.

11. **Neumann** demonstrirt: 1. einen 24jährigen Kranken mit Gummata cutanea zerstreut über der ganzen Körperhaut und am Kopfe. Namentlich an den Unterextremitäten finden sich kreuzer- bis thalergrosse, mit schmutzig-braunen austernschalenartigen Borken bedeckte Geschwüre und gleich grosse runde oder ovale peripher pigmentirte Narben. Die Crista tibiae unmittelbar unter dem Knie verbreitert, spontan und auf Druck sehr schmerzhaft. Am Rücken ein doppelthalergrosses dunkelbraunrothes Infiltrat. Die Augenbrauen an circumscript narbigen Stellen fehlend. Das Kopfhaar gleichfalls an über thalergrossen narbigen Stellen ausgefallen, am Hinterhaupt und in der Schläfengegend beiderseits Geschwüre mit 1 Cm. hohen, schmutzig-braunen Krusten bedeckt, aus denen sich Eiter entleert. Der rechte Nebenhode fast nussgross knollig, derb, schmerzlos, der linke glatt, haselnussgross. Syphilis seit 3½ Jahren; damals mit Einreibungen und Jodkalium wegen ulcerösem Exanthem behandelt. Ein und ein halb Jahr später kam er bereits mit Gummen an der Kopfhaut in Behandlung, abermals mit Einreibungen und Jodkalium und seither wiederholt wegen multipler Gummen.

12. **Neumann** zeigt weiterhin einen 27jährigen Kranken mit Gummata cutanea et glandis penis. Syphilis seit October 1896 mit 30 Einreibungen damals behandelt. An der Glans penis zu einem über kronengrossen Geschwür mit orbiculären, steil abfallenden glatten Rändern aus der Confluenz von 4 linsengrossen Geschwüren gebildet. Der Grund speckig gelblich glänzend. An den Extremitäten zerstreut erbsen- bis haselnussgrosse, meist in Gruppen angeordnete livid braunrothe und knotig vorspringende Infiltrate, wovon die grösseren mit einer schmutzig graubraunen, dicken Borke bedeckt sind. Auf Druck entleert sich



Eiter. Nach Entfernung der Kruste liegt ein trichterförmig sich vertiefendes Geschwür mit glatten, steil abfallenden Rändern vor. Der Nebenhode beiderseits verdickt, derb.

13. **Neumann.** Einen Kranken mit hochgradiger Onychia syphilitica an der 3. und 4. Zehe des linken Fusses, wobei es in Folge der starken Infiltration des Nagelbettes und der damit bedingten Ernährungsstörung zum Verlust des Nagels kam, so dass statt dessen ein entsprechend grosses missfärbig eitrig belegtes Geschwür bloss liegt, dessen Ränder von dem wallartig aufgeworfenen dunkelbraunrothem Nagelfalz gebildet werden. Gleichzeitig besteht Elephantiasis cruris derselben Seite. Die Unterlippe in der linken Hälfte wulstig vorspringend trägt an der Innenseite ein derbes, fast kronengrosses und central speckig belegtes, knotiges Infiltrat. Syphilis seit 2 Jahren.

14. **Kaposi** stellt einen Fall von Lupus erythematodes vor, bei welchem grosse Theile des Gesichtes ödematös sind. An der linken Wange und stellenweise an der rechten finden sich streifenförmige Röthungen mit festhaftenden Schüppchen. Die confluirenden Schuppenmassen umgrenzen central atrophische Stellen. Sowohl in dieser, wie in der umgebenden gesunden Haut finden sich rothe, ödematöse, über das Niveau emporragende Stellen, ebenso an der Glabella, an deren Haut ebenfalls rothe schuppende Stellen zu sehen sind. Ueber beiden Ohren ist die Haut verdünnt und zeigt rothe, mit centraler Depression versehene, schuppende Stellen. Beiderseits besteht Oedem der Lider, durch welches die Lidspalte verengt erscheint. Wenn die Herde mit der centralen Depression nicht vorhanden wären und man nur das Infiltrat vor sich hätte, würde man den Eindruck einer elephantiastischen Verdickung in Folge eines recidivirenden Erysipels haben (Erysipelas perstans faciei). Das Oedem ist identisch mit dem Vorstadium eines acuten Lupus erythematodes, welcher sehr rasch sich zu entwickeln pflegt. Die Knoten im Anfangsstadium des Lupus erythematodes charakterisiren sich histologisch als Zellinfiltrationen um die Knäueldrüsen und ihre Ausführungsgänge; auf diesen entwickeln sich dann die Lupusefflorescenzen.

Neumann hebt hervor, dass bei Lupus erythematodes nicht selten auch an anderen Stellen, besonders an dem Handrücken und an den Fingern, umschriebene Oedeme vorkommen, welche bei der histologischen Untersuchung Anhäufung von Epidermiszellen um die Follikel zeigen.

15. **Kaposi** demonstrirt eine Frau mit Roseola balsamica; das Exanthem, welches über den ganzen Körper verbreitet ist, besteht aus linsen- bis kreuzergrossen, über das Hautniveau hervorragenden, zum Theile etwas Pigment zeigenden Efflorescenzen, einige Partien an der Streckseite der oberen Extremitäten weisen eine diffuse Röthe auf. Durch die nahezu gleichzeitige Entwicklung am ganzen Körper unterscheidet sich dieses Exanthem vom Erythem.

16. **Kaposi** stellt eine bereits vor einem halben Jahre gezeigte Patientin aus der Bukowina mit Rhinosclerom vor; die Nase hat sich noch weiterhin vergrössert; man hat auf operativem Wege



Luft geschaffen, nun ragen neuerdings zu beiden Seiten des Septum röthliche Knoten hervor, auch der obere Theil des Septum ist ergriffen.

Ullmann frägt nach den Beziehungen des Rhinosclerom zum Gesammtorganismus.

Kaposi bemerkt, dass, trotzdem der Process eine Malignität zeigt, niemals Metastasen vorkommen; es gebe einzelne Fälle, in welchen der Process sistirt.

Lang hat einen Fall gesehen, in welchem das Rhinosclerom hinter den Bulbus und in die Schädelhöhle gedrungen ist.

Kaposi erzählt, dass F. Hebra zwei ähnliche Fälle gesehen habe; es habe sich aber herausgestellt, dass es sich dabei wahrscheinlich um Sarcom gehandelt hat, deshalb habe er selbst diese beiden Fälle in seiner seinerzeit erfolgten Publication nicht angeführt.

17. **Kaposi** demonstrirt einen Patienten mit Pemphigus foliaceus, der auch acute Eruptionen von Pemphigus vulgaris disseminatus zeigt. Innerhalb des zweimonatlichen Spitalsaufenthaltes haben sich einzelne Stellen zurückgebildet, während an anderen Stellen, so am Halse und am Bauche, theils neue, mit eitrigem Inhalte gefüllte Blasen, theils kreisförmig von Epidermisresten begrenzte, mit einer centralen Area abgeheilte, einzelstehende oder confluirende Herde vorhanden sind. Während der Patient schon zweimal Fieberattacken hatte, befindet er sich jetzt in einem Stadium der Remission, mit gutem Allgemeinzustande.

Sitzung vom 25. Januar 1899.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Matzenauer.

1. **Kreibich** demonstrirt einen jungen Mann mit fieberhaftem Pemphigus, der seit acht Monaten besteht; an der Beuge- und Streckseite der oberen und unteren Extremitäten finden sich lebhafte Erytheme, die an vielen Punkten zu Blasen erhoben und mit serösem Exsudat gefüllt sind; während seines achttägigen Aufenthaltes an der Klinik traten am Rücken und an der Brust neue Erytheme und einige Stunden darauf regelmässig eine neue Blaseneruption auf. Patient fiebert continuirlich; die Fieberbewegungen nehmen bei jedem Erythemausbruch zu und gehen unter Einwicklungen mit Burow'scher Flüssigkeit zurück.

2. **v. Hebra** stellt zwei Fälle von Lupus erythematodes vor, die mit Alkohol behandelt sind; beide zeigen ein deutliches Rückgehen des Processes unter der Alkoholbehandlung. Dort, wo die Affection leicht ist, wie am Ohre und an der Wange, ist der Krankheitsprocess vollständig zurückgegangen; am inneren Augenwinkel, welcher der Behandlung weniger zugänglich ist, ist eine geringere Rückbildung eingetreten.

R. Steiner bemerkt, dass bei dem ersten der beiden Fälle vor drei Monaten an der Klinik Kaposi Pinselungen mit Fowler'scher Lösung vorgenommen wurden, und dass unter dieser Behandlung zahlreiche Efflorescenzen geschwunden sind.

3. **Kaposi** demonstrirt einen Fall von Lupus erythematodes, der mit Thiosinamin behandelt wurde. Die Krankheit besteht seit einem halben Jahre; beide Augenlider stark ödematös, die ganze linke Wange derb infiltrirt und polsterartig vorgetrieben, an den seitlichen Wangengegenden und den Ohrmuscheln zerstreut rothe Flecke. Auf zwei Thiosinamininjectionen mit 0·5 und 0·3 der 15% Lösung trat ein intensives Fieber mit Collapserscheinungen auf; die Localreaction war sehr stark, lebhafte Schwellung und Temperaturerhöhung an den krankhaften Stellen, stellenweise eiterige Einschmelzung des Gewebes; entsprechend dem hohen Fieber ist der Kranke abgemagert und blass geworden. Unter dieser Reaction ist der Krankheitsprocess allenthalben zurückgegangen, die krankhaften Stellen sind um vieles flacher und blässer geworden, das derbe Infiltrat an der linken Wange ist abgeflacht und zeigt ebenfalls eiterige Einschmelzung.

v. Hebra hat bei zwei Fällen von Lupus erythematodes, die er mit Thiosinamin behandelte, eine Verschlimmerung des Befindens gesehen; im Allgemeinen sei die Thiosinaminbehandlung bei acut entzündlichen Krankheiten nicht vorzunehmen; auch bei Lupus vulgaris seien keine Heilungen, sondern nur kosmetische Resultate zu erzielen. Weiterhin sei festzuhalten, dass die Thiosinaminbehandlung bei dem Bestehen von Augenerkrankungen contraindicirt sei; jedes kleine Ulcus corneae werde dadurch wesentlich verschlechtert; weitere Contraindicationen werden durch Neoplasmen und durch floride Phthise gegeben.

4. **Hellmer** stellt einen Fall von Sclerodermie vor, bei welchem er Thiosinamin versuchen will.

5. **Matzenauer** stellt einen 30jährigen, anämisch aussehenden Kranken vor, der von einer internen Klinik auf Hofrath Neumann's Klinik wegen seines eigenartigen Hautexanthems gewiesen wurde. Es zeigen sich zerstreut am Körper, namentlich in der Lumbalgegend und am Oberschenkel kreuzer- bis guldenstückgrosse, meist über das Hautniveau leicht vortretende oder quaddelartig elevirte, runde und ovale Flecke von rosa- oder rostfarbigem Colorit, deren mittlere Partie häufig mehr livid verfärbt ist. Ueber Befragen gibt der Mann, der Zahnarzt ist, an, dass er seit einem Jahre an Magengeschwüren, die häufig von Bluterbrechen begleitet sind, leide, und dass gleichzeitig mit der Magenaffection der Hautausschlag aufgetreten sei, der seither in jedem Monate sich wieder zeigte, besonders wenn das Magenleiden sich verschlimmere. Matzenauer glaubt daher, das Erythem mit dem Magenleiden in genetischen Zusammenhang und in Analogie bringen zu können mit Urticaria ab ingestis, oder des Urticaria bei dysmenorrhoischen Weibern etc.

Kaposi hält die Erkrankung für ein Antipyrinexanthem; thalergrosse, in der Mitte blaue Flecke wie in dem vorliegenden Falle, be-



stünden bei einer Urticaria nicht. Die Arzneiexantheme können die verschiedensten Formen annehmen, auch die Application von Medicamenten (Antipyrin, Phenacetin, Chinin) in Form von Stuhlzäpfchen können zum Arzneiexanthem Veranlassung geben.

Neumann spricht sich ebenfalls gegen die Annahme einer Urticaria aus und entscheidet sich für die Diagnose Antipyrinexanthem. Er hat in Folge Chloralhydrat variolaähnliche Exantheme hervorrufen gesehen.

Kaposi und Neumann haben nach Chininsuppositorien scharlachartige Röthung mit nachfolgender Desquamation und in einem anderen Falle hochgradiges Oedem mit schwarzblauer Färbung der Extremitäten gesehen.

Neumann demonstrirt:

6. Einen 37jährigen Kranken mit ausgebreiteten zerfallenen Gummen der Haut, des Genitale und der Mundschleimhaut. Der sehr herabgekommene Kranke wiegt 36 Kg. und hat den Primäraffect im Februar 1898 acquirirt. Damals 50 Einreibungen wegen ulcerösem Syphilid. Im October desselben Jahres wurde er wegen ausgebreiteter Hautgummen, Zerstörung des knöchernen Nasengerüstes und des weichen Gaumens und wegen tiefgreifender gumöser Geschwüre am Penis und am Scrotum mit Sublimatbädern und 26 Quecksilbersuccinimidinjectionen behandelt. Derzeit zeigt Patient Residuen einer eben abgelaufenen Iritis specifica am linken Auge und an den verschiedensten Körperstellen kreuzer- bis über thalergrosse kreisrunde Narben, insbesondere über der linken Trochanterengegend 2 über flachhandgrosse, nierenförmige, peripher braun pigmentirte Narben; die Glans penis hochgradig difformirt, blos rudimentär noch vorhanden, Penis- und Scrotalhaut zeigen netzartig gestrickte Narben; der rechte Hode haselnussgross. An den Extremitäten und verstreut auch am Stamme haselnussgrosse in der Mitte geschwürig zerfallende Knoten, die mit dunkelbrauner Kruste bedeckt sind. An der Nase und am behaarten Kopfe erbsengrosse, knotige Infiltrate, im rückwärtigen Drittel in der Mitte der Zungenoberfläche ein fast haselnussgrosser, harter Knoten. Das knöcherne Nasenseptum vollständig fehlend, desgleichen die Uvula, Gaumenbögen und Tonsillen ausgedehnt narbig verändert.

7. Einen 30jähr. Kranken mit Gummata palati duri et ad tonsillam sinestram. Patient hat Lues seit dem Jahre 1893, bekam damals im Rudolfspital 45 Einreibungen, 2 Jahre später privat 40 Einreibungen und hatte seit 3 Jahren keine Symptome. Am harten Gaumen ist links eine längs verlaufende, dattelgrosse Geschwulst vorgewölbt, an der vorderen Hälfte ein mit serpiginösen Rändern begrenztes, kreuzergrosses Geschwür tragend, der Grund schmutziggrau missfärbig, mit aufgeworfenen nicht unterminirten Rändern. Mit der Sonde stosst man auf rauhen Knochen. Derselbe ist jedoch nicht perforirt. Am unteren Pol der linken Tonsille ein etwa erbsengrosses, kreisrundes, kraterförmiges Geschwür mit steil abfallenden Rändern, dicht darunter ein etwas kleineres. Tonsille und Gaumenbogen nicht geröthet.



8. Einen 27jährigen Mann mit einem auf Mundschleimhaut, Flachhand und Fuss beschränkten Herpes iris. An der Unterlippe ein fast kreuzergrosses, unregelmässig begrenztes, missfärbig belegtes, aber seichtes Geschwür. Die Tonsillen vergrössert, diffus geröthet, glatt. Vollständige Aphonie seit einer Woche. Larynxeingang hochgradig geschwellt, so dass die Stimmbänder schwer sichtbar sind. An beiden Handtellern und an der grossen Zehe des linken Fusses finden sich tiefliegende hanfkorn- bis halblinsengrosse Efflorescenzen, die serösen Inhalt zu haben scheinen und über welche die ganze Dicke der Haut hinwegzieht. Um dieselben findet sich ein lebhaft rother Halo.

9. Einen 40jährigen Taglöhner mit einer hauptsächlich am Kopf localisirten Psoriasis vulgaris; daselbst finden sich in Schlangenlinien verlaufende etwa zollbreite, streifenförmige Plaques mit etwa halbcentimeterhohen mörtelartigen Schuppenauflagerungen. Unterhalb der Nates an beiden Oberschenkeln halbkreisförmig angeordnete zwei Querfinger breite charakteristische, psoriatische Streifen. Ausserdem an Stamm und Extremitäten zerstreut linsen- bis kreuzergrosse Psoriasisefflorescenzen.

10. Professor **Lang** demonstrirt, anlehnend an den Fall von Neumann, einen Kranken mit zahlreichen, über thalergrossen, hauptsächlich an den Curven und Schultern localisirten Narben, welche aus einem die ganze Dicke der Haut betreffenden Ulcerationsprocesse hervorgegangen sind. Der 28 Jahre alte, schlecht genährte Mann hat die Syphilisinfection erst im Juni vorigen Jahres erlitten und kam vor circa 14 Tagen mit tiefgreifenden, zum Theil serpiginösen Geschwüren der behaarten Kopfhaut, der Stirne, Oberlippe ins Spital. Heute sind unter Sarsaparilldecoct und entsprechender Localbehandlung die Geschwüre fast geheilt.

11. einen 27 Jahre alten, schwachsinnigen Mann mit einem etwa 3 Cm. langen, 1 Cm. breiten, schräg gestellten, ulcerösen Defect über dem linken Gesäss, von welchem aus man nach aussen, schräg nach abwärts und nach unten in eine grosse, 10·8 und 6 Cm. weit reichende Höhle gelangt, die offenbar aus einem ulcerösen Gumma hervorgegangen ist, welches den Glutaeus magnus, medius und die Fascia lumbo-dorsalis betraf und den Erector trunci blosslegte. Die Haut selbst erscheint im übrigen nicht betheiligt, nur nach oben und gegen die Medianlinie ist sie im Umfange weniger Centimeter infiltrirt. Mit dem eingeführten Finger gelangt man an die Grenze des Hohlraumes nicht, tastet aber deutlich die Contouren des Kreuzbeins, das jedoch nirgends knöchern blossliegt. Von Syphilis sonst weder objectiv noch anamnestisch etwas nachweisbar. In Erinnerung an einen interessanten Fall von Köhler, bei welchem die Diagnose lange zwischen Gumma und Actinomykose des Gesässes geschwankt hatte, bis der Strahlenpilz nachgewiesen worden war, wird bemerkt, dass in vorliegendem Falle ausser der weiten Verzweigung der Höhle nichts an Actinomykose erinnert. Uebrigens kann man nach zerfallenden Gummen in Fascien und grossen Muskelmassen, wie beispiels-

weise am Oberschenkel, Hohlräume von oft kolossalen Dimensionen zustandekommen sehen.

Hochsinger berichtet über das Auftreten von typischer Säuglingstetanie während der Eruption der congenitalen Lues; die Tetanie könne durch die verschiedensten Giftstoffe hervorgerufen werden, am häufigsten trete sie im Gefolge der Rhachitis auf. Das von ihm jetzt in zwei Fällen beobachtete Auftreten der Tetanie in Folge von Syphilis sei bis nun nicht beschrieben worden. Diese Tetanie schwindet nicht auf Bromgebrauch, wohl aber unter Quecksilberbehandlung.

F. Winkler. Der Nachweis tingibler Kugeln in syphilitischen Producten.

Die kleinen kugeligen Gebilde, auf deren Darstellung mittels Thionin mit nachfolgender Formalinentfärbung ich vor einiger Zeit aufmerksam gemacht habe, lassen sich sehr gut ungefärbt in frischen Präparaten erkennen; man hebt von einer Sclerose die speckige Membran ab und übt auf den Infiltrationswall einen leichten Druck aus; in der hervortretenden Flüssigkeit sieht man neben weissen und rothen Blutkörperchen kleine, mit einem deutlichen Hofe umgebene Gebilde, die in ihrem Innern excentrisch einen Einschluss besitzen; manchmal finden sich in einer Kugel zwei bis drei körnchenähnliche Einschlüsse.

Im gefärbten Präparate bleibt der Einschluss meist ungefärbt; doch trifft man nicht selten homogen gefärbte Kugeln, an denen keine Andeutung einer Structur zu erkennen ist. Zur Färbung verwende ich statt der umständlichen Thioninmethode die Färbung mit polychromem Methylenblau und die Färbung mit Neutralroth. Man bringt die Schnitte auf wenige Minuten in eine Mischung gleicher Theile Glycerin und polychromem Methylenblau, spült in Wasser ab und entfärbt in verdünnter Glycerinäthermischung, oder man färbt durch 10 Minuten in 1% wässerigem Neutralroth und legt die Schnitte auf ebensolange in eine 1% wässerige Resorcinlösung.

Eine weitere Darstellungsmethode ist die Jodirung. Schnitte, die mit polychromem Methylenblau gefärbt sind, werden in einer mit gleichen Theilen Wasserstoffsuperoxyd versetzten Jodkalilösung oder in frisch bereitetem Jodalkohol entfärbt.

Zur Darstellung der Kugeln in Gewebsschnitten ist es unzweckmässig, das Material in Formalin oder in Osmiumsäuremischungen zu fixiren; am besten eignen sich Alkohol, Sublimat oder Pikrinsäure.

Deckglaspräparate, die bei 120° C. oder in Alkoholäther fixirt sind, werden vor der Färbung auf kurze Zeit in 5% Alkaliglycerin gelegt und dann mit polychromem Methylenblau gefärbt.

Bezüglich der Deutung habe ich mich schon früher dahin ausgesprochen, dass ich die Kugeln für Kerndegenerationen, vielleicht für verklumptes Chromatin halte. Aehnlichen Kerndegenerationen, freilich viel grösser, bin ich auch bei Lupus vulgaris begegnet. Es scheint, dass diese Kerndegeneration eine Folge des chronischen Processes ist und deshalb bei Ulcus molle, einem acuten Processe, nicht vorkommt.



Siegfried **Beck** entgegnet:

Die Darstellung der tingiblen Kugeln erfolgt nach der Veröffentlichung des Herrn Dr. Winkler im Archiv für Dermatologie und Syphilis XLIV. Band, 1. Heft 1898, in folgender Weise:

Härtung der Präparate am besten in Müller'scher Flüssigkeit oder Alkohol, eventuelle Vorfärbung mit Eosin durch fünf Minuten, Färbung mit einer verdünnten, tiefblauen Carbolsäurethioninlösung oder Toluidinblaulösung, die man sich unmittelbar vor der Färbung selbst bereitet, durch ungefähr eine Stunde; Entfärbung in mehrfach gewechselten Formalin, Behandlung mit Alkohol, Aufhellung in Xylol. Nach einer späteren Mittheilung des Herrn Dr. Winkler (Sitzung des Hamburger biologischen Vereines vom 16. October 1898 kann die Darstellung der Gebilde auch erreicht werden durch Färbung mit polychrom. Methylenblau und Differenzirung mit Jodalkohol oder Glycerinäthermischung. — Mit diesen Färbemethoden gelang es Herrn Dr. Winkler in verschiedenen syphilitischen Geweben und in einem Falle von Lupus vulgaris kleine kugelige, scharf abgegrenzte, mit einem deutlichen Hofe und zumeist nur einem excentrisch liegenden, hellen Innenfleck versehene Gebilde darzustellen. Dieser Innenfleck stellt die „einzige, bis nun sichtbar zu machende Structur" dar. Controlfärbungen, die Herr Dr. Winkler vornahm, hatten ein negatives Resultat, bis auf den schon erwähnten einen Fall von Lupus vulgaris. — Beck unterzog bei seinen vergleichenden Untersuchungen ausser syphilitischen auch zahlreiche andere Gewebe verschiedenster Art der Färbung nach Winkler und hielt sich dabei genau an die von Winkler gegebenen Vorschriften.

Es gelang ihm in jedem Gewebe, den Winkler'schen Körperchen identische kugelige Körperchen aufzufinden.

Ganz abgesehen von der auffallend regelmässigen Structur dieser Gebilde fiel ihm auf, dass dieselben in allen untersuchten Geweben ganz unregelmässig zerstreut, ohne irgend welche örtliche Beziehungen zu den verschiedenen Gewebselementen erkennen zu lassen, sich vorfanden.

Durch solche Befunde wurde er zur Annahme gedrängt, dass es sich um kleine, kugelförmige Farbstoffniederschläge handeln könnte. Er unterzog deshalb die Lösung der in Betracht kommenden Farbstoffe (Thionin, Toluidin und polychromes Methylenblau) in Wasser, Alkohol und Carbolsäure der mikroskopischen Untersuchung. Man findet in einem durch Eintrocknen oder Eindampfen über dem Bunsenbrenner auf dem Objectträger fixirten Tröpfchen der genannten Farbstofflösungen neben den bekannten krystallinischen oder unregelmässig agglomerirten Niederschlägen, kugelige Gebilde, welche mit den von Dr. Winkler beschriebenen Körperchen morphologisch (Form, Grösse, Structur) identisch sind. Dieselben kugeligen Gebilde lassen sich auch an einem blanken Deckglas, welches man derselben Behandlung unterzieht, als ob es sich um Färbung eines Präparates nach Winkler handeln würde, darstellen. — Da die in Verwendung gezogenen Lösungsmittel chemisch reine, constante, nicht verunreinigte Verbindungen darstellen, so dürften die kugligen





Körperchen der besonderen chemischen und physikalischen Beschaffenheit der genannten Farbstoffe ihre Entstehung verdanken. Durch chemische Agentien, die zum Differenziren verwendet werden, z. B. Formalin, werden sie im Gegensatz zum Gewebe nur wenig entfärbt. Nach längerer Zeit blassen diese Gebilde ab, wobei sie auch ihre regelmässige kugelige Form verändern. Morphologische Aehnlichkeit besonders in optisch-physikalischer Hinsicht besitzen sie mit Harz- und Oelkugeln der Pflanzengewebe. Beck zweifelt nicht an der Identität dieser in der Farbstofflösung vorkommenden, präformirten kugeligen Gebilde mit den von Dr. Winkler als in syphilitischen Geweben vorkommend beschriebenen tingiblen Körperchen.

Die hieran sich anschliessende Discussion, an welcher Kaposi und Ullmann sich betheiligen, schliesst der Vorsitzende mit der Aufforderung, dass die diesbezüglichen Präparate früher einem genauen Vergleiche unterzogen werden mögen, und wird die Discussion in der nächsten Sitzung fortgesetzt werden.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung am 10. Januar 1899.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

---

1. **Lesser** stellt einen Fall von Herpes gestationis vor. Die Frau ist 26 Jahre alt und erkrankte im Juli 1897 etwa drei bis vier Monate nach einer Entbindung. Zuerst war der Rumpf, später wurden auch die Extremitäten und der behaarte Kopf befallen, und zwar entwickelten sich erythematöse Flecke mit stark entzündlicher Infiltration, auf denen sich später Blasen bildeten. Nebenbei war eine Neigung der Efflorescenzen zum serpiginösen Fortschreiten und zu Kreisbildung vorhanden. Im Februar 1898 wurde die Patientin wieder gravida. Während der ganzen Schwangerschaft hörte der Ausbruch der Krankheit nicht auf, sondern es traten immer neue Herde auf, während andere abheilten. Gegen Ende der Gravidität nahmen die Eruptionen an Zahl ab. Am 21. November wurde die Kranke entbunden. Das Kind war gesund und normal. Am nächsten Tag waren bereits wieder neue Efflorescenzen sichtbar, die sich am 5. Tage noch vermehrten. Jetzt ist die Affection fast vollständig geheilt. Nur vereinzelte Stellen bestehen noch neben starken Pigmentationen, ein Symptom, welches als ein Charakteristicum dieser Krankheit gelten kann. Dieser Fall ist insofern bemerkenswerth, als die Affection nicht während der Gravidität, sondern 3–4 Monate nach der Entbindung zuerst auftrat. Vorher waren vier Schwangerschaften vorangegangen, in denen die Patientin frei geblieben war. (L. demonstrirt Photographien von verschiedenen Stadien, sowie eine Moulage, welche nach der Entbindung angefertigt worden ist.) L. hat schon früher in Bern zwei Fälle von Herpes gestationis beobachtet, von denen er ebenfalls die Photographien zeigt. Auch diese Patientin klagte wie gewöhnlich über starkes Jucken und Brennen, während das Allgemeinbefinden in keiner Weise alterirt war.

Therapeutisch ist nichts zu machen. Nur palliativ sind Salbenverbände imstande, die subjectiven Beschwerden etwas zu mildern. Das einzige besteht in einer eventuellen Prophylaxe; und da in manchen



Fällen in 5—6 Graviditäten hintereinander Recidive beobachtet worden sind, die immer stärker auftraten, so ist es gerechtfertigt, in einem solchen Fall eine Verhütung der Conception anzurathen.

2. **Oestreicher** stellt einen Patienten vor, der seit 8 Monaten erkrankt ist. Zuerst war nur das Gesicht ergriffen, nachher breitete sich die Affection in Form einer allgemeinen diffusen Röthung über den ganzen Körper aus. Patient ging nach Breslau und wurde dort nach seiner Angabe ein allgemeines acutes Eczem festgestellt. Nachdem er gebessert war, blieb er 3—4 Monate in seiner Heimat; als die Affection wieder schlimmer wurde, kehrte er nach Breslau zurück. Dieses Mal blieb der therapeutische Eingriff ohne Erfolg. Als O. den Patient zum ersten Mal sah, hatte man den Eindruck einer arteficiellen Reizung. Der Patient sah aus wie ein gekochter Krebs. Die Haut war geschwollen, ganz besonders Hände und Füsse; überall bestand eine intensive Schuppung, Nässen war nirgends zu beobachten. Trotz der mildesten und sorgfältigsten, seit 14 Tagen eingeleiteten Behandlung hat sich der Zustand in nichts geändert. Bemerkenswerth ist noch, dass sich in letzter Zeit im Bereich der gerötheten Haut kleine, circumscripte, weisse Flecke entwickelt haben. Dieselben haben ein elfenbeinartiges Aussehen, werden aber später pigmenthaltig und verschwinden dann wieder. Fieber ist niemals dagewesen. Im Urin sind keine abnormen Bestandtheile vorhanden, nur ist derselbe sehr reichlich: zwischen 1½—2 Liter.

Lesser hat den Eindruck, dass es sich um eine Dermatitis universalis handelt, wie man sie mehrfach im Anschluss an andere Krankheiten, besonders an Psoriasis gesehen hat. Ohne bestimmte Ursache und nicht ganz selten kommen plötzlich derartige, über den ganzen Körper ausgedehnte Dermatitiden vor. Suspect sind ihm die weissen Stellen, die man jetzt am Abdomen sieht. Möglicherweise hat Chrysarobinanwendung diese universelle Dermatitis gemacht. So ist es nicht ausgeschlossen, dass Psoriasis zu Grunde liegt.

Rosenthal schliesst sich der Ansicht Lesser's an. Er hat mehrfach Fälle von Psoriasis gesehen, bei denen derartige allgemeine Hautentzündungen über den ganzen Körper aufgetreten sind. In einem Falle war die Diagnose Pityriasis rubra zuerst gestellt worden, bis sich nachher die richtige Diagnose herausstellte. Die Franzosen haben für diese Form ein besonderes Krankheitsbild unter dem Namen Dermatite universelle exfoliatrice beschrieben, welche aus den verschiedensten Ursachen Lichen ruber, Psoriasis, Eczem und anderen Affectionen entstehen kann.

Saalfeld hat vor einiger Zeit einen ähnlichen Fall gesehen, der als Dermatitis exfoliativa angesehen wurde. In seinem Fall war allerdings die Affection noch viel ausgeprägter als hier.

Oestreicher möchte die Diagnose Dermatitis nach Psoriasis nicht zulassen, sondern sich für Pityriasis rubra aussprechen. Es ist bisher nie ein einziger Psoriasisfleck beobachtet worden. Nebenbei ist das Jucken so stark, dass Patient Tag und Nacht keine Ruhe findet. Nur die kleinen



weissen Flecke, die in Grösse bis zu einem Zweimarkstück auftreten, bieten eine Abweichung von dem Bilde, wie es von Hebra beschrieben worden ist.

3. **Posner** stellt einen 41jährigen Patienten vor, bei welchem sich am Dorsum penis eine plattenförmige Verdickung ausgebildet hat. Diese Affection ist von den Franzosen als Plaque indurative beschrieben worden, dieselbe ist zwar selten, jedoch sind in der Literatur mehrfache Beispiele davon aufzufinden. Die Aetiologie ist schwer festzustellen. Schwielenbildung entzündlicher oder traumatischer Herkunft, sowie Syphilis ist in den Fällen, die er im Auge hat, vollständig ausgeschlossen. Bei dem vorgestellten Patienten ist nicht einmal eine Gonorrhoe vorangegangen, geschweige denn eine Cavernitis. Schon vor 25 Jahren hat Sigmund gelegentlich eines Falles, der in Virchow's Archiv beschrieben worden ist, sich dahin ausgesprochen, dass er fünf derartige Fälle während seiner Thätigkeit gesehen habe, bei denen er einen syphilitischen Ursprung annahm. Die französischen Autoren haben sich gegen den Zusammenhang mit Syphilis erklärt; Fournier aber glaubt, dass spätsyphilitische Erscheinungen zu Grunde liegen. Von den Franzosen ist auch auf gewisse Diathesen, speciell Gicht aufmerksam gemacht worden. In anderen Fällen soll Diabetes im Spiel gewesen sein. Charakteristisch ist die eigenthümliche knorpel- oder knochenartige Härte. Der vorher erwähnte Fall in Virchow's Archiv ist der erste gewesen, in welchem man einen veritablen Penisknochen nachweisen konnte. Bei Thieren, so bei Nagern, Affen etc., bestehen derartige Knochen im Penis. Es sind Fälle bekannt, in welchen die Verknöcherung den ganzen Penis eingenommen hat. Auch in diesem Falle ist die Frage ventilirt worden, ob es sich um eine echte Verknöcherung oder um eine Verknorpelung handelt. Aus diagnostischen Gründen würde man geneigt sein, operativ die Frage zu entscheiden; indessen die Beschwerden, welche durch die nach der Operation entstehenden Narbe auftreten, dürften keine Besserung für den Patienten bedeuten. Die Affection hat sich im vorliegenden Falle innerhalb $2\frac{1}{2}$ Jahren entwickelt und verursacht eine sehr begreifliche Beeinträchtigung der Erection, indem der Penis beträchtlich nach der befallenen Seite hin abweicht. In schwereren Fällen ist die Erection überhaupt ganz unmöglich. Von Grunmach ist der Fall mit Röntgenstrahlen untersucht worden. (Patient zeigt das Negativ und ein Diapositiv.) Man sieht darin in der Mitte einen leicht dunklen Fleck. Nach diesem Befund unterliegt es gar keinem Zweifel, dass in der Neubildung Dinge eingelagert sind, welche den Röntgenstrahlen den Durchtritt verwehren. Grunmach möchte diese eigenthümliche Art der Schattenbildung als der Knorpelbildung entsprechend bezeichnen. Posner selbst will die Möglichkeit offen lassen, dass eine Einlagerung von Kalkplättchen im Bindegewebe die Ursache zu diesem Schatten bildet. Daher weiss er nicht, ob man diesen Fall in die Rubrik der Penisknochen oder Osteochondrome einreihen kann. Die Behandlung ist bisher absolut negativ gewesen, wie das in allen Fällen von Plaques induratives der Fall war.



Die Erkrankung nimmt einen langsamen, progressiven Verlauf und ist mit Ausnahme der operativen, jeder Therapie unzugänglich. Bemerkenswerth ist noch das Alter des Patienten, da für gewöhnlich die Affection erst im arteriosclerotischen Stadium, d. h. jenseits der fünfziger Jahre auftritt.

Blaschko hat 2 Fälle beobachtet, die sowohl diagnostisch wie therapeutisch mit dem Posner'schen Fall übereinstimmen. Auch seine Fälle waren verhältnissmässig jung. Trauma, Gicht, acute Cavernitis waren nicht vorhanden, dagegen in beiden Fällen sicher Lues. Grosse Dosen Jodkali blieben absolut erfolglos. Bei der Erection war der Penis in einem Fall nach oben, im anderen seitlich gekrümmt. B. hat den Process als Pericavernitis interstitialis, die mit Knorpelbildung einhergeht, aufgefasst.

Buschke hat 4 Fälle von Affectionen des Penis mit Röntgenstrahlen untersucht. In zwei Fällen handelte es sich um zwei ältere Herren, welche eine typische Chorda in der Mitte der Fascie des Penis darboten. Lues, Gonorrhoe und Trauma waren ebenfalls ausgeschlossen. In einem dritten Falle handelte es sich um eine Schwiele im Corpus cavernosum und im letzten hatte sich die Chorda penis nach einem Trauma entwickelt. Während einer gewaltsamen Cohabitation war eine Ruptur im Corpus cavernosum mit grossem Bluterguss aufgetreten, daran schloss sich eine Schwielenbildung. Die von ihm untersuchten Fälle liessen die Röntgenstrahlen vollständig durch. Da Bindegewebe für Röntgenstrahlen durchgängig ist, so kann man in dem P.'schen Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass es sich um ein Chondrom handelt. Auch in seinen Fällen war trotz vielfacher therapeutischer Massnahmen eine Besserung nicht zu erreichen. Die Beschwerden der Patienten waren gering.

Lion hatte Gelegenheit, im Laufe des Sommers in Vertretung von Rosenthal einen ähnlichen Fall zu beobachten. Die Platte war noch etwas grösser und breiter. Er ist der Ueberzeugung, dass es sich in seinem Falle um Knochen handelte. Patient wollte nur wissen, ob es sich um Lues handeln könnte. Anamnestisch und auch objectiv waren keine Anzeichen dafür vorhanden.

Posner betont nochmals, dass die Schattenbildung nur beweist, dass eine Einlagerung von Kalkplättchen vorliegt und man daher nicht auf Knorpel oder Knochen schliessen kann.

4. **Lion** stellt aus der Rosenthal'schen Poliklinik eine Patientin von einigen 50 Jahren mit Syphilis des Herzens vor. Die Patientin klagte über Athemnoth und Schwindelgefühl. Im Frühjahr war sie längere Zeit im Krankenhaus und wurde dort mit Elektricität, Bädern und einer inneren Medicin behandelt. Eine Besserung wurde zur Zeit nicht erzielt. Anamnestisch sind keine Momente für Lues auffindbar. Bei der Inspection sieht man am rechten Oberarm sowie an dem linken Bein zahlreiche tiefe Narben, welche an beiden Stellen von einem frischen, knotigen Syphilid umgeben sind. Am Unterschenkel besteht neben zahl-



reichen Varicen eine Periostitis der Fibula, welche eine elephantiastische Verdickung des Unterschenkels erzeugt hat. Der Spitzenstoss des Herzens befindet sich im 6. Intercostalraum ausserhalb der Mamillarlinie. Neben der vergrösserten Herzdämpfung besteht noch eine zweite unter dem Manubrium sterni. An der Spitze sowohl wie über der Aorta besteht ein deutliches systolisches Geräusch. Die Herzaction ist leicht arythmisch. Bei der Durchleuchtung, welche im jüdischen Krankenhause vorgenommen wurde, fand sich ausser dem gewöhnlichen Herzschatten unter dem manubrium sterni bis zur 3. Rippe ein breiter pulsirender Schatten, der rechts und links vom Sternum allmälig undeutlich wurde. Man kann demnach mit Bestimmtheit annehmen, dass es sich um eine specifische Endarteriitis handelt, welche zu einem Aneurysma der Aorta geführt hat und zu endoarteriitischen Veränderungen an den Aortenklappen, die als stenotische aufzufassen sind. Da jede Erklärung in der Anamnese für die Herzaffection fehlt und andererseits am Körper zahlreiche Beweise einer alten, nicht behandelten Lues vorhanden sind, so müssen die Erscheinungen am Herzen auch als specifische aufgefasst werden. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Patientin jetzt 4 Wochen lang einer energischen, mit Jodkali combinirten Schmiercur unterworfen wurde; die Schwindelanfälle haben sistirt und die Patientin befindet sich bedeutend wohler. Auch die äusseren Erscheinungen sind zurückgegangen.

Rosenthal fügt hinzu, dass noch ausserdem dicht am Sternoclaviculargelenk eine Gummigeschwulst vorhanden war, die auf Druck sehr empfindlich war. Die Härte hat sich jetzt verloren und besteht nur noch eine erweichte Stelle.

5. **Freund** stellt eine Patientin vor, welche seit langen Jahren an Asthma leidet und in den letzten Jahren ausschliesslich mit Jodkalium behandelt worden ist. Im Sommer wurde das Medicament einen Monat ausgesetzt, und seit ungefähr September vorigen Jahres nimmt die Patientin wieder Jod und zwar in einer Concentration von 12·0 : 200·0. Seit 4 Wochen hat sich eine Affection im Gesicht ausgebildet, bei welcher es zu starker Tumorenbildung gekommen ist, eine Erscheinung, die nach Jod ziemlich selten ist. Ein sehr prägnantes Beispiel liefert der Fall, der von Rosin in den therapeutischen Monatsheften von 1896 beschrieben worden ist. Die Tumoren fühlen sich weich an, bilden sich schnell aus, zeigen aber die Tendenz zu rascher Rückbildung, sobald das Jod ausgesetzt ist. Auch in diesem Fall, wo das Jod seit 6 Tagen nicht mehr genommen wird, haben sich die einzelnen Tumoren zurückgebildet. Die kleineren zeigen deutliche warzenförmige Beschaffenheit. Dieselben haben die Tendenz einzutrocknen und sich mit einer dicken Borke zu bedecken. Nach dem Verschwinden pflegen gewöhnlich einige kleine bräunliche Verfärbungen zurückzubleiben. Rosenthal, in dessen Klinik sich die Patientin befindet, hat einen grösseren Tumor exstirpirt und wird gelegentlich die mikroskopischen Präparate demonstriren.

Rosenthal erwähnt, dass, wenn man die Patientin ansieht, man den Eindruck hat, dass ein Bromexanthem vorliegt. Denn die zahlreichen



warzigen, verschieden grossen Tumoren rufen das Bild eines Bromoderma hervor. Diese Aetiologie ist in diesem Falle vollständig ausgeschlossen. Die Geschwülste tragen einen deutlich papillären Charakter.

Lesser fragt, ob nach der Rückbildung Narben vorhanden sind. Er erinnert sich an zwei Fälle von Bromexanthem, in welchen charakteristische siebartige Narben zurückblieben.

Rosenthal erwähnt, dass auf der rechten Wange bereits eine Stelle abgeheilt ist und eine Narbe besteht, die allerdings nichts Siebartiges darbietet. Nach Jod pflegt das auch nicht der Fall zu sein, sondern für gewöhnlich bleiben nur einfache braune Pigmentirungen zurück. Insofern unterscheiden sich die Residuen von Jodexanthemen von denen der Bromexantheme.

6. **Gerson** zeigt einen Fall von Onychomycosis tonsurans, welche sich seit 2 Jahren am Zeigefinger der linken Hand entwickelt hat. Später erkrankten auch die Nägel zweier anderer Finger. In diesem Falle ist interessant, dass nach Versicherung der Kranken an der Haut ein Herpes tonsurans nie vorhanden war. G. erkundigt sich nach dem therapeutischen Vorgehen.

Lesser betont, dass bei der Behandlung der Onychomycosis die Combination von chirurgischer und antiparasitärer Therapie relativ am schnellsten zu einem Resultat führt.

7. **Gerson** zeigt eine Patientin, bei welcher sich ein starkes tuberöses Syphilid in typischer Kreisform seit ungefähr 2 Jahren entwickelt hat.

8. **Heller** demonstrirt zwei Photographien von einem Fall von strichförmiger Anordnung von Lichen ruber, welcher nach Arsenbehandlung geheilt ist.

Buschke erwähnt, dass in dem in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall von Neurodermitis linearis Arsen ohne irgend welchen Einfluss geblieben ist, daher kommt auch die Diagnose Lichen ruber nicht mehr in Betracht.

9. **Plachte:** Hypothese über die Aetiologie der Hautpigmentanomalien.

P. geht in seinen Betrachtungen vom Leukoderma aus, welches im bestimmten Zusammenhang mit Syphilis auftritt und sich im Anschluss an die Frühexantheme der Syphilis entwickelt. P. glaubt, dass zwischen diesen Thatsachen auch ein Causalnexus aufzufinden ist, dass also Leukoderma entsteht, weil die Syphilis heilt. Man könnte mithin die Hypothese auch so formuliren, dass das Leukoderma seine Entstehung denjenigen Veränderungen verdankt, die der Organismus durch seine Infection mit dem Syphilisgift und die darauf folgende Immunisirung erleidet. Ob dieselben seropathologischer oder cellularpathologischer Natur sind, das ist vor der Hand nicht zu entscheiden. P. möchte annehmen, dass auch bei der Syphilis durch die Entstehung der ersten Exantheme ein Schutz entsteht und im Organismus gewisse Schutzstoffe und Vorrichtungen vorhanden sein müssen, welche für das Entstehen des



Leukoderma verantwortlich zu machen sind. Dass Schutzstoffe der Syphilis krankheitserregende Wirkungen haben können, hat schon Fournier an dem Colles'schen Gesetz nachgewiesen. Mit dieser Auffassung würde auch die Entstehung des Leukoderma im 4.—6. Monat post infectionem in Einklang zu bringen sein. Da das Leukoderma nur von relativ kurzer Dauer ist und Neigung zur spontanen Rückbildung zeigt, so scheint hierdurch die Annahme von P. bestätigt zu werden; daher ist es auch verständlich, dass in den meisten Syphilisfällen Recidive auftreten, sobald die bei den ersten Exanthemen gebildeten Schutzstoffe unwirksam geworden sind. Dass Quecksilber das Leukoderma nicht beeinflusst, sondern im Gegentheil eine Verschlimmerung hervorruft, hat schon Lewin beobachtet. Wenn man der von P. ausgesprochenen Hypothese näher tritt, dass die Schutzstoffe der Syphilis Leukoderma zu erzeugen im Stande sind, also eine Pigmentanomalie, so liegt es nahe auch daran zu denken, dass in gleicher Weise die Schutzstoffe anderer Infectionskrankheiten im Stande sind, krankheitserregend zu wirken, d. h. Pigmentanomalien hervorzurufen. Eine ganze Reihe derselben treten erst in einem bestimmten Alter auf: so zeigen sich Epheliden im 6.—8., Vitiligo ungefähr erst im 10., der Morbus Addissonii im 11. Lebensjahre und das Leukoderma hat die Eigenschaft, bei Kindern gar nicht vorzukommen. Ausnahmen bilden keinen Widerspruch, da das Auftreten dieser Pigmentanomalien doch das Ueberstehen von Infectionskrankheiten voraussetzt. Vitiligo entwickelt sich mit Vorliebe im Anschluss an Scarlatina Typhus, Febris recurrens, so dass man dieses Zusammenkommen, wie Lesser es ausspricht, nicht als ein rein zufälliges betrachten kann. Nimmt man an, dass vielleicht die Schutzstoffe seropathologischer Natur sind, so könnte man auf diese Weise auch das Chloasma bei graviden Frauen erklären. In Ziemssen's Handbuch findet sich in der Bearbeitung von Lesser: Ueber Pigmentirungen die interessante Thatsache, dass bei Phthisikern, die an reichlichen Haemoptysen leiden, das Chloasma cachecticorum nicht vorkommt. Auf diese Weise kann man auch die ungewöhnliche Neigung der Sarkome mit Pigmentbildung zur Metastasenbildung erklären. Die Serumtherapie könnte hieraus vielleicht einen Anhalt gewinnen, indem gerade bei beginnendem Leukoderma eine reichliche und geeignete Menge von Schutzstoffen vorhanden sein dürfte, welche sich verwerthen lassen könnte.

Lesser kann sich der Hypothese von Plachte nicht anschliessen. Nach seiner Ansicht entwickelt sich das Leukoderma stets aus vorausgegangenen Syphiliden, worauf Neisser zuerst aufmerksam gemacht hat. Bei der übermässigen Resorption wird nicht nur der pathologische, sondern auch der normale Theil des Pigments resorbirt. Bei der Psoriasis z. B. sehen wir ähnliches, indem es häufig zur Ausbildung eines Leukoderma psoriaticum kommt. Diese rein locale Entstehung erklärt diese Veränderung am allerbesten. Hierin liegt auch der Grund, warum das Leukoderma nicht durch die Therapie zu beeinflussen ist. Es handelt sich nicht um syphilitische Erscheinungen, sondern um ein Residuum. Papulöse



Syphilide pflegen in dieser Ausdehnung als Recidive nicht aufzutreten. Daher sieht man auch bei späteren Eruptionen kein Leukoderma mehr, während man nach der Hypothese von Plachte annehmen müsste, dass sich auch bei späteren Ausbrüchen wieder Schutzstoffe bilden müssten. Das Leukoderma bei Kindern ist allerdings selten, weil hier die papulösen Formen nicht so häufig auftreten als bei Erwachsenen. Nichtsdestoweniger wird bei Kindern mit sicherer Syphilis das Leukoderma oft gesehen. In der Mehrzahl der Fälle von Pigmentanomalien kann man einen Anschluss an eine acute Infectionskrankheit nicht nachweisen.

Die weitere Discussion wird vertagt.

10. **Joseph:** Ueber Keloide.

J. hat den Eindruck gewonnen, dass in neuerer Zeit besonders von Unna der Unterschied zwischen den falschen und den wahren Keloiden vollständig aufgehoben wird. Unna speciell führt alle wahren Keloide auf Kratzeffecte zurück, welche sich unter Umständen im Anschluss an ein seborrhoisches Eczem entwickeln. Die Untersuchungen J.'s haben ihn zu einem anderen Resultat geführt. Vor einigen Jahren hat J. ein Narbenkeloid exstirpirt, welches sich auf dem Schädel eines 18jährigen Schlächters entwickelt hatte, nachdem derselbe mit einem Bierseidel geschlagen worden war. Da Patient über Schmerzen klagte und man annehmen konnte, dass noch Glassplitter in dem Tumor vorhanden waren, so wurde die Exstirpation vorgenommen. $2\frac{1}{2}$ Jahre blieb der Patient in Beobachtung und es ist noch keine Spur eines Recidivs aufgetreten. Der ganze Tumor wurde in Serienschnitte zerlegt. Ein Fremdkörper ist nicht aufgefunden worden, aber auch nirgends eine Andeutung eines Papillarkörpers. Eigenthümlich ist die Septirung desselben. Zwischen den einzelnen Septen befinden sich die Tumorzellen in wellenförmiger Anordnung, concentrisch geschichtet, gewöhnlich um ein Lymphgefäss. Dieselben entstehen periadventitiell, werden durch die Lymphbahn verschleppt und schachteln sich in das collagene Bindegewebe ein. Später sieht man eine ganze Reihe von mehrkernigen Figuren, und den Uebergang zu Fibroblasten, die Unna als Blasenzellen des Granulationsgebewes beschreibt. Elastisches Gewebe fand sich in dem Gewebe nicht vor; ferner keine Haare, keine Schweiss- und Talgdrüsen. Auch Elacin hat sich nach der Unna'schen Methode nicht nachweisen lassen, so dass man annehmen kann, dass die elastischen Fasern total zugrunde gehen. Ein anderer Fall betraf ein Narbenkeloid der Mamma, welches nach der Exstirpation eines Carcinoms sich entwickelt hatte. Das Keloid wurde zwei Jahre nach der Operation des Carcinoms exstirpirt. Hier besteht ein reines Fibrom, also diejenige Form, wie sie bisher beschrieben worden ist. J. glaubt, dass man wohl im Stande ist, hyperplastische Narben und Narbenkeloide histologisch zu trennen und durch erhebliche Differenzen als solche zu erweisen. In dem dritten Fall handelt es sich um ein Impfkeloid, in welchem keine Spur des Papillarkörpers an der Stelle der hypertrophischen Narbe zu sehen ist. Die Neigung zu hypertrophischen Narben resp. zur Keloidbildung ist vorläufig nur durch eine



gewisse Disposition des betreffenden Individuums zu erklären. Im tiefsten Theil des Corium sieht man im letzten Fall ebenfalls die Wirbelbildung, auf welche Wilms aufmerksam gemacht hat. Schliesslich hat J. ein wahres Keloid von der Brust exstirpirt. Da Patient die Exstirpation selbst wünschte, so hat sie J. vorgenommen. Der Papillarkörper über der Geschwulst ist vollkommen erhalten und zwischen den Tumormassen befindet sich normales Collagen. Die Geschwulst besteht aus einer Reihe spindelförmiger Fasern mit längs und der Hautoberfläche parallel verlaufenden Gefässen. Die elastischen Fasern finden sich im normalen Coriumgewebe zwischen Tumor und Epidermis in ungeheurer Menge. Aber in dem Keloid selbst ist keine elastische Faser mehr zu finden. Nach diesen Untersuchungen glaubt J., dass man in dem Narbenkeloid und in dem wahren Keloid zwei getrennte Processe vor sich hat. Was die Operation betrifft, so hat J. trotz der Warnungen in seinen Fällen exstirpirt, ohne Recidive zu bekommen; er hat auch in der Literatur vielfach ähnliche Fälle gefunden. Bei Narbenkeloiden wirkt nach den Angaben von Brocq die Elektrolyse ganz ausgezeichnet.

Lesser hat einen Fall von Aknekeloid bei einem Neger, den er vor einiger Zeit in der Gesellschaft vorstellte, exstirpirt. Er fand das Erhaltensein des Papillarkörpers und des epidermoidalen Ueberzugs. Die Exstirpation ist ziemlich tief gemacht und der Defect nach Thiersch gedeckt worden. Die Heilung ist vollständig eingetreten; aber es scheint, als ob in der Narbe sich ein Recidiv entwickelt.

O. Rosenthal.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Bildungsanomalien.

Herxheimer, Gotthold. Zur Casuistik der Sclerodermie Inaug.-Diss. Greifswald 1896.

Der Arbeit Herxheimer's liegt ein Fall von Sclerodermie adultorum diffusa acquisita aus der Greifswalder inneren Klinik und 4 Fälle von circumscripter Sclerodermie aus der dermatologischen Abtheilung des städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M. zu Grunde. Ferner berichtet er kurz über eine grössere Anzahl poliklinisch beobachteter Fälle von Sclerodermie und gibt im Anschlusse an diese Krankengeschichten eine sehr fleissige, ausführliche Untersuchung über die gesammte Literatur der Sclerodermie. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Reinhardt. Ein Fall von ausgedehntester Sclerodermie. (Krankenvorstellung in der Sitzung der Gesellschaft der Charité-Aerzte vom 11. Juli 1895. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 5.)

Reinhardt stellt eine 42jährige Patientin vor, welche seit 2 Jahren an einer über den ganzen Körper ausgedehnten, jetzt im Stadium der Atrophie befindlichen Sclerodermie leidet. Die Haare sind vollständig ausgegangen. In letzter Zeit ist eine geringfügige Besserung eingetreten. O. Rosenthal (Berlin).

Schubiger, F. Ueber Sclerodactylie. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Schubiger veröffentlicht 3 Fälle von Sclerodactylie, die sämmtliche Frauen in den mittleren Lebensjahren betrafen. In zwei Fällen wird die Erkrankung seitens der Patientinen auf Erkältung zurückgeführt, im dritten Fall soll das Leiden sich im Anschluss an einen Gelenksrheumatismus entwickelt haben. In zwei Fällen handelte es sich nicht um reine Sclerodactylie, sondern auch um gleichzeitige Sclerodermie des Gesichtes, bezw. der Extremitäten. Im Anschlusse an die Schilderung der Fälle erörtert Verf. die Theorien über die Entstehung der Sclerodermie, und gibt eine Zusammenstellung der seit Veröffentlichung der Monographie von Lewin und Heller (1895) publicirten Fälle. Ludwig Waelsch (Prag).



Jeanselme. Syndrome de Morvan, syringomyelie et lépre. Société médicale des hopitaux. 30. Juli 1897. La France médicale. XLIV, 32. p. 509. 6. Aug. 1897.

Jeanselme stellt zwei aus Lepraländern stammende Patienten mit Morvan'scher Krankheit vor, die er beide für Lepröse hält. Er bemerkt zur Differentialdiagnose zwischen Syringomyelie und Lepra, dass seinen Erfahrungen nach bei der ersteren die Panaritien sich nur an den Händen, und zwar häufig an einer allein sich finden, und dass die Anästhesie auf die unbekleideten Theile sich beschränkt. Facialislähmung ist selten und dann meist centralen Ursprungs, die Cubitalnerven sind normal oder zeigen wenigstens keine Anschwellungen, die Reflexe sind deutlich gesteigert und es findet sich sehr häufig Sclerose. Bei der Lepra mutilans sind Panaritien meist an allen 4 Extremitäten zu finden. Die Anästhesie tritt zunächst streifenförmig auf, wird später segmentär und findet sich an Armen und Beinen. Auch kommt häufig periphere Facialislähmung vor und es sind die Cubitalnerven angeschwollen und aufgetrieben. Die Reflexe sind normal und Scoliose fehlt vollständig. Kein Gewicht aber glaubt der Vortragende auf die Dissociation der Empfindungsqualitäten, die Schmerzlosigkeit der Eiterungen und den Aufenthalt der Patienten in Lepraländern legen zu dürfen.

Löwenheim (Breslau).

von **Holst,** Mac. Ueber die Raynaud'sche Krankheit symmetrischer Hautgangrän. Inaug.-Diss. Halle 1896.

Der von v. Holst mitgetheilte Fall symmetrischer Hautgangrän betrifft eine Feldarbeiterin, die während der Arbeit plötzlich brennende und stechende Schmerzen in der Kuppe des rechten Daumens verspürte. Es entwickelte sich eine Schwellung, die in wenigen Stunden die ganze rechte Hand, dann die linke Hand, die Nase und das Gesicht befiel. Am folgenden Tage war das Gesicht bis zur Unkenntlichkeit ödematös geschwollen, die Haut der Finger graublau verfärbt. Das Allgemeinbefinden dabei ziemlich gut.

Die Haut auf dem Handrücken hebt sich nun bald in Blasen ab, welche mit blutig-eitriger Flüssigkeit gefüllt sind. Unter Behandlung mit Umschlägen von 1% Arg. nitr.-Lösung bilden sich Borken, nach deren Abfallen die Haut geheilt erscheint.

Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhalts war negativ ausgefallen. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Vespa. Un caso di malattia di Raynaud. (Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma, Tornata del 29. febbraio 1896.) La Riforma med. 1896, Nr. 55, pag. 653.

Vespa demonstrirt einen Fall von Raynaud'scher Krankheit zusammen mit einem solchen von Sclerodermie. Bezüglich der Aetiologie der erstgenannten Krankheit ist Vespa Anhänger der vasomotorischen Theorie, wie Raynaud selbst sie aufgestellt, dadurch geworden, dass er sie bei seinen eigenen Fällen wohl annehmbar fand. Jedoch scheint ihm diese Theorie nicht für alle Fälle ausreichend und er glaubt, dass die



Raynaud'sche Krankheit keine Krankheitseinheit bilde, sondern verschiedene Erkrankungen umfasse. Ferner hält er die Sclerodermie für eine Phase dieser Krankheit. Münchheimer (Kolberg).

Aitken, C. Crawford. A case of Raynaud's disease associated with uraemia. The Lancet 26. Septbr. 1896.

Aitken sah October 1894 einen 43jährigen Mann, der seit 6 Jahren an gichtischer Diathese und Albuminurie litt. Die Symptome der Raynaud'schen Krankheit begannen 1887 mit paroxysmalen Anfällen von Cyanose, Starrheit und Schmerzen der Ohren. Zuerst traten sie 5—6 Mal in 24 Stunden auf, später seltener, dafür aber schwerer. Morphologische Veränderungen traten nicht auf. Aehnliche Symptome erschienen an den Fingern im April 1888 und an den Zehen 4 Jahre später. Die Veränderungen waren immer doppelseitig, obwohl nie völlig symmetrisch. Der Cyanose ging stets Syncope mit localer Blässe und Kälte und subjectivem Gefühl von Starrheit und Stechen vorher. Dann kam das Initialstadium der Asphyxie mit localer Hyperästhesie, leichter Temperatursteigerung und klopfenden Schmerzen; und, wenn die Theile stärker gefärbt wurden, kam es allmälig in einzelnen Fällen auch rasch zum Verlust der Tastempfindung und zu beständigen starken Schmerzen. Es bestanden keine Beziehungen zu bestimmten Nerven, doch war es interessant zu bemerken, dass in der Regel der erste und fünfte Finger verhältnissmässig leicht ergriffen waren. An mehreren Fingern, resp. Zehen trat Mortification ein, wobei sich an den Fingern gewöhnlich die Abstossung im 2. Interphalangealgelenk vollzog, an den Zehen im ersten. In jedem Falle dauerte es 3—4 Monate. Der Fall bot die gewöhnlichen Herz- und Gefässveränderungen chronischer Bright'scher Krankheit. Von Seiten des Nervensystemes war wenig zu bemerken. Es bestand grosse geistige Stumpfheit und beständige Steigerung der Plantar- und Patellarreflexe. Retinitis albuminurica und Schwellung der Papille war auf jedem Auge vorhanden, ausserdem einzelne kleine Retinalblutungen. Der Gefässspasmus zeigte sich nicht nur an den Extremitäten, sondern auch an den Retinae; und auch die Nierengefässe waren dabei betheiligt, da sich zeigte, dass die Harnstoffausscheidung während der Anfälle von Cyanose vermindert war. August 1895 erfolgte der Tod im uraemischen Coma. Autopsie wurde nicht erlaubt. Die Behandlung war im wesentlichen eine solche der Nierenerkrankung, doch wurden auch Versuche gemacht, um die Gefässstörung zu heben. Galvanisiren, das zuerst Raynaud empfahl, war ebenso erfolglos wie Arsen, Chloral, Strychnin und Amytitrit.

Alfred Sternthal (Braunschweig).

Gericke, Max. Ueber spontane Gangraen. Inaug.-Diss. Halle 1896.

Gericke gibt eine Uebersicht über die verschiedenen Formen der spontanen Gangraen unter gleichzeitiger Mittheilung einiger Beispiele aus der von Bramann'schen Klinik.

Er berichtet zunächst über einen Fall von Gangraena senilis bei einer 64jährigen Frau, die an der grossen Zehe begann und schliesslich



die **Amputation** im Oberschenkel nothwendig machte. Weiter über einen Fall von spontaner Gangraen in Folge von Embolie in die Arteria femoralis nach einer Pneumonie, die ebenfalls zum Verlust der ganzen Extremität führte. Er erwähnt weiter die Gangraena per decubitum, die G. diabetica mit einem einschlägigen Falle, die nach Infectionskrankheiten manchmal eintretende, in ihren Ursachen noch nicht ganz klare Noma, die G. nach Genuss mutterkornhaltigen Getreides, die Pellagra, die G. nach längerer Verabreichung von Chloralhydrat, das Mal perforant, die symmetrische Gangraen Raynaud's und zuletzt die von V. Winiwarter und Billroth beschriebene seltene Form spontaner Gangraen in Folge von Endarteriitis hyperplastica oder obliterans.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Goldfarb, M. Ein Fall von Alopecia universalis. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Der Haarausfall begann bei dem 46jährigen Patienten vor 20 Jahren am behaarten Kopfe, ergriff allmälig den Bart, die Augenbrauen, Wimpern und zuletzt den ganzen übrigen Körper. Innerhalb zweier Monate war Pat. vollständig kahl; während dieser ganzen Zeit bestanden Kopfschmerzen. Letzterer Umstand, sowie das Fehlen einer Uebertragung der Erkrankung auf die Frau und die Nachbaren lassen, nach Verf. Ansicht, den Process als eine Trophoneurose auffassen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Jordan, A. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Jordan's 15jähriger Patient zeigte eine sehr ausgebreitete typische Pityriasis rubra pilaris. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Hautstückes ergab die bekannten Befunde.

Ludwig Waelsch (Prag).

Hodara, M. Ein Fall von Mycosis fungoides. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Der Patient Hodara's zeigte an den Ellbogen, Waden und unterer Hälfte des l. Oberschenkels eine Hautaffection, die vor 4 Jahren mit Bildung rother Flecke begonnen. Vor einem Jahre verdickten sich diese Flecke und entstanden ferner in ihrer Mitte und am Rande kleine, schliesslich theilweise exulcerirende Knötchen. Manche derselben bildeten sich allmälig ohne Hinterlassung einer Narbe zurück. Die histologische Untersuchung dieser Knötchen erhärtete die auf Mycosis fungoides gestellte Diagnose.

Ludwig Waelsch (Prag).

Hirsch, Charles T. W. An account of two cases of Coko or Framboesia. The Lancet 18. Juli 1896.

Hirsch berichtet über zwei Fälle von Framboesie — auf den Fidschi-Inseln auch Coko genannt — die er im Koronivia Hospital in Rewa behandelte. Beide Fälle waren typisch. Die Patienten, eingewanderte Indier, lebten unter den Kindern der Eingeborenen, welche an der Krankheit litten. Im ersten Falle hatte der Patient ein unbedecktes Geschwür, im zweiten einige wunde Stellen an den Füssen, auf welche das



Gift, wahrscheinlich durch Fliegen, übertragen werden konnte. Im ersten Falle entwickelte sich die Krankheit zuerst am Orte der Inoculation, woselbst ein deutlicher Mutter-Yaw (oder Mama Pian) bestand, worunter ein mit papillär ausgewachsenen Granulationen besetztes Geschwür zu verstehen ist; im zweiten Falle fehlte dieser Mama-Pian. In beiden Fällen wurde der Ausschlag mit Fiebersymptomen eingeleitet, die beim Ausbruch des Exanthems verschwanden. Der Ausschlag selbst bestand aus stecknadelkopfgrossen Knötchen und trat hauptsächlich im Gesicht, auf Armen und Beinen und der Brust auf. Im weiteren Verlauf heilten unter der Behandlung eine Anzahl dieser Knötchen ab, andere vergrösserten sich, wurden pustulös und erreichten schliesslich Haselnussgrösse. Sie waren dann an der Spitze abgeflacht, theilweise mit Schorfen bedeckt, nach deren Entfernung eine rothe, schwammähnliche Wucherung zu sehen war. Dies war hauptsächlich an den Lippen der Fall. Im ersten Falle erschienen auch einige Bläschen am Körper, hauptsächlich auf der Brust (Pian-gratelle). Im allgemeinen hat die Krankheit die Neigung zur Abheilung. Quecksilber und Arsen hat Verf. ohne Erfolg gebraucht; am besten bewährte sich der innerliche Gebrauch von Jodkali mit der örtlichen Anwendung von einer Salbe bestehend aus Milchsäure und Hydrargyrum nitricum oxydatum. Unter exspectativer Behandlung verläuft die Krankheit sehr chronisch, wie man besonders bei den Eingeborenen beobachten kann, die in ihrer Jugend alle daran leiden und sich nicht behandeln; sie dauert dann 2—3 Jahre. Die Fidshi-Insulaner glauben, dass jedes Kind Coko gehabt haben müsse und impfen die Kinder, wenn sie nicht von selbst erkranken, mit der Krankheit. Verf. hat mehrere Male die Kämme von Hühnern mit dem Secret von Cokogeschwüren geimpft, worauf in 3 Fällen typische Ausschläge auftraten. Einmaliges Ueberstehen von Yaws scheint Immunität zu hinterlassen. Erwachsene, bei denen die Krankheit auftrat, haben in einigen Fällen „tertiäre Symptome" gezeigt, d. h. nach Jahren scheinbarer Heilung traten Geschwüre auf, die wie mit dem Locheisen herausgeschlagen aussahen, und in einem Falle kam es zu cariöser Erkrankung des Knochens. Solche Folgen sind aber selten. Mikroskopisch besteht die Kruste eines Knotens aus Epidermiszellen und Eiterkörperchen; das Uebrige wird aus Granulationsgewebe gebildet, das sich bis unter das Rete malpighi herab erstreckt. Verf. hat Gläser mit Nährgelatine mit dem Secret geimpft und hat 5 Mal Mikrococcen erhalten ähnlich denen, wie sie von Pierey beschrieben worden sind, und von 4 Hühnern, die mit diesen Culturen geimpft wurden, bekam eines typische Coko. (Sollten die Fälle mit „tertiären Symptomen", zumal der mit Caries des Knochens nicht doch Syphilis sein? Vergl. auch Kaposi: Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 4. Aufl., 1893, Seite 848, unten. Ref.) Alfred Sternthal (Braunschweig).

Mirto, Girolomo. Alterazione trofiche dei capelli durante una fase di eccitamento maniaco. La Riforma medica 1896, Vol. I, Nr. 57 und 58.

Mirto theilt einen genau beobachteten Fall von Haarveränderung während einer psychischen Störung mit, der grosse Aehnlichkeit mit den von Rauber und von Reinhard beschriebenen beiden Fällen besitzt. Es handelt sich um eine 18jährige Idiotin, bei der während eines nur wenige Tage dauernden maniakalischen Anfalles folgender Befund erhoben wurde: Die Kopfhaare sind trocken und spröde geworden; die Büschel, die dem vorderen Theile der Kopfschwarte angehören, haben die bisherige blonde Farbe verloren und sehen ganz hellgelb aus, fast wie wenn sie weiss würden. Die gelb verfärbten Haare sind brüchiger und leichter zu epiliren als die blond gebliebenen; die ersteren brechen bei einer Belastung mit 20—40 Gr., während die letzteren noch einem Gewichte von 70 Gr. Stand halten. Der Dickendurchmesser beider ist annähernd gleich, doch zeigen Transversalschnitte bei der mikroskopischen Untersuchung, dass die gelben Haare nur wenig oder gar kein Pigment mehr besitzen; allerdings finden sich auch bei den blonden einzelne wenige Stellen pigmentarm oder sogar pigmentlos. An Horizontalschnitten sieht man bei den gelben Haaren eine derartige Unterbrechung der Cuticula, dass die dachziegelförmige Lagerung ihrer Zellen auch ohne Schwefelsäurezusatz erkennbar ist; die Rindensubstanz ist der Pigmentkörner völlig beraubt, so dass der ganze Schaft homogen, blassgelb erscheint; nur innerhalb der epithelialen Rindenzellen oder zwischen den cubischen Markzellen sieht man hier und da einzelne Pigmentreste. In der Rindensubstanz finden sich ferner transparente Punkte, die Mirto für Luftbläschen ansieht, welche durch die unterbrochene Rindensubstanz von aussen eingedrungen sind. An den blond gebliebenen Haaren ist die Cuticula zwar unversehrt, der Bulbus aber zeigt in Bezug auf Pigment- und Luftgehalt dieselben Anomalien; auch erscheint sein Volumen verringert und die Wurzel verdünnt, fibrillonartig.

An den Haaren des Körpers war keine Abnormität während des maniakalischen Anfalles constatirt worden; ebenso wenig wurde eine Pigmentanomalie der Haut (Vitiligo etc.) entdeckt.

Bezüglich der Entstehung der plötzlichen Haarveränderung während und durch den maniakalischen Zustand der Patientin recurrirt Mirto auf die Erklärung, die Rauber in seinem Falle gegeben hatte. Allgemeine Muskelconvulsionen — hier durch den Anfall von Manie hervorgerufen — haben sich auch auf die Muskeln der Kopfhaut erstreckt und dadurch eine Compression der Haarpapillen herbeigeführt. Als Folge derselben trat Anämie und Störung der Haarernährung und schliesslich, da die Compression der Papille einige Zeit anhielt, Atrophie der Bulbi ein. Für die theilweise eingetretene Veränderung der Haarfarbe macht Mirto nicht das Eindringen von Luft verantwortlich, sondern den Pigmentverlust, den er in seinem Falle sicher constatiren konnte, ohne jedoch eine genügende Erklärung seiner Entstehung zu finden.

F. Münchheimer (Kolberg).



Markusfeld, Dr. Stanislaus. Ueber die Aetiologie der Trichorrhexis nodosa (Kaposi). (Centralblatt f. Bakteriologie etc., I. Abth., XXI. Bd., pg. 230.)

Markusfeld gibt nach kurzem Ueberblick über die bisherigen Versuche den Erreger der Trichorrhexis nodosa zu finden die Züchtungsmethoden wieder, von denen er die Král'sche als die zweckmässigste empfiehlt. Statt Kieselguhr verwendete er sterilisirten Bimstein, der ein leichteres Zerreiben und bessere Vertheilung in der Flüssigkeit ermöglicht.

In 10 von 14 Fällen gelang die Reincultur eines Bacillus der Endosporen bildend, 1·75—2·25 μ lang, 0·4—0·6 μ breit mit abgerundeten Enden, oft Scheinfäden bildend. Der Bacillus, ein facultativer Anaërob, wächst bei Zimmertemperatur besser im Thermostaten. Färbung nach Gram. Die Züchtung gelingt in Bouillon, Agar, Gelatine, die er nach 48 Stunden verflüssigt. Kartoffel ist kein günstiger Nährboden. Milch gerinnt in 24—48 Stunden. Der Bacillus ist aus morphologischen und culturellen Gründen nicht identisch mit dem Bacillus multiformis trichorrhexides nodosae noch mit dem v. Essen'schen Bacillus, stimmt dagegen überein mit dem von Spiegler, wie Vergleiche M's ergaben. Impfversuche durch Eintauchen abgeschnittener Haare in eine Bouillonaufschwemmung ergaben nach 6 Wochen positive Resultate. Die Haare wurden die ersten Wochen im Brütschrank, später bei Zimmertemperatur gehalten. Die erzielten Veränderungen an den Haaren waren identisch denen der Trichorrhexis nodosa, liessen durch Färbung und Cultur die verimpften Bacillen wieder nachweisen, weshalb Verf. nicht ansteht, die Erkrankung als durch den von ihm gezüchteten Bacillus hervorgerufen anzusehen.

Wolters (Bonn).

Heimann, M. Due casi di eritromelalgia acuta. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51, 1896. Ref. in Gazzetta degli ospedali e delle cliniche Nr. 6, 1897.

Heimann berichtet über 2 Fälle von Erythromelalgia acuta, bei einem 41jährigen Steinmetzen und einem 13jährigen Mädchen. In beiden Fällen war die Affection auf das Gebiet localisirt, welches von dem dorsalen Handaste des Nervus radialis versorgt wird. H. definirt die Krankheit als eine acute vasomotorische Neuritis und empfiehlt therapeutisch hochprocentuirte Ichthyolsalben. Ferdinand Epstein (Breslau).

Dehio, K. Ueber Erythromelalgie. (Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 37.)

Dehio's Fall betrifft eine 50jährige Bäuerin, bei welcher sich innerhalb der letzten 4 Jahre mit zeitweiligen Unterbrechungen Röthung und Schmerzen der linken Hand und der linken Fusssohle, neuralgische Beschwerden des linken Schultergelenks, sowie Kopfschmerzen und eine an Myxödem erinnernde Verdickung des subcutanen Gewebes des Gesichts entwickelten. An der Hand bestand zugleich eine beständige Schweisssecretion, sowie eine auf die ganze obere Extremität beschränkte Arteriosclerose. Aetiologisch konnten nur schlechte hygienische Verhältnisse,



Feuchtigkeit der Wohnung, schlechte Ernährung etc. in Betracht kommen. Die Muskeln der betreffenden Theile waren in Folge der Inactivität atrophisch. Da die Therapie machtlos blieb, so wurde ein 4 Cm. langes Stück des Nervus und der Arteria radialis excidirt. In Folge dessen verschwand die Hyperämie, sowie die Schweissabsonderung am Ballen des kleinen Fingers, sowie an diesem selbst. Im übrigen blieb die Affection unverändert. Die mikroskopische Untersuchung des Nerven zeigte keinerlei Veränderungen, dagegen war an der Arterie eine diffuse Sclerose der inneren Gefässhaut vorhanden. D. ist der Ansicht, dass der Symptomencomplex der Erythromelalgie eine gewisse Selbständigkeit beanspruchen darf und dass die Affection auf einer Erkrankung der Hinter- und Seitenhörner der grauen Substanz des Rückenmarks beruht. Die auf die eine Oberextremität localisirte Arteriosclerose führt D. auf eine isolirte Verminderung des arteriellen Gefässtonus zurück. O. Rosenthal (Berlin).

Moutard, Martin. Pigmentation cutanée. La France médicale 4. Juni 1897, Nr. 23, p. 360. Société médicale des hopitaux, 28. Mai 1897.

Moutard Martin stellt einen morphiumsüchtigen Luetiker dar, eigenthümliche blaue Pigmentationen aufweist.

Letulle hat gleichfalls einen Morphiumsüchtige gesehen, bei welchem die blauen Stellen ähnlich wie Tätowirungen aussahen.

Chauffard meint, dass bei dem vorgestellten Falle nur die blaue Farbe auffällig sei, während schwarze Pigmentationen häufig seien und den blauen entsprächen. Vielleicht seien die Unterschiede nur in der Menge der abgelagerten Pigments zu suchen.

Löwenheim (Breslau).

Gonget, M. Maladie d'Addison. Soc. anatomique de Paris. Séance du 8. janvier 1897, ref. in Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. Nr. 4, 1897.

Unter dem Titel: „Addison'sche Krankheit" berichtet Gonget von einem Individuum, welches seit 8 Jahren an apoplectiformen Attaquen litt und späterhin asthenisch wurde und erheblich abmagerte. Bei einem apoplectiformen Anfall trat der Tod ein. Bei der Autopsie fand sich: Hypertrophie der Nebennieren, Verkäsungen in ihrem Centrum, Verkalkungen in der Peripherie; mikroskopisch: Riesenzellen, keine Bacillen; Inoculation auf Meerschweinchen ohne Erfolg. — Ausserdem fand sich: ein Hirntuberkel, Tuberculose der Genitalorgane und in den Lungen einige Verkalkungsherde. Ueber den Zustand der Haut fehlt jede Notiz. (Ref.) Ferdinand Epstein (Breslau).

Vulpiau, Louis André. Des mélanodermies. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1897, Nr. 5.

Vulpian gibt hier eine Uebersicht der klinischen Form und eine Besprechung der Ursachen der Hautpigmentirungen, welche auf Grund einer constitutionellen Aenderung des menschlichen Organismus auftreten. Er behandelt in dieser Weise die Hyperchromasie in Folge von Bronzekrankheit, Syphilis, Arsengebrauch, Läusesucht, Tuberculose,



Basedow'scher Krankheit, Schwangerschaft, Diabetes, Malaria, Pellagra und Sonnenbrand, gibt alsdann eine kurze Zusammenstellung der chemischen und der histologischen Untersuchungen über Pigment und führt zum Schluss die verschiedenen Hypothesen über die Herkunft des Hautpigmentes auf. Felix Pinkus (Breslau).

Maragliano, E. Endoarterite diffuse — Ectasia aortica — Melanodermia — Diabete — Melanosarcomi dei ganglî linfantici, del fegato e del pancreas. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1897, Nr. 31.

Maragliano stellt mit ausführlicher Besprechung einen 55jähr. Arbeiter vor, der den Symptomencomplex des Bronze-Diabetes von Hanot: Glycosurie, Leberschwellung und dunkle Hautfärbung zeigt. Er glaubt nicht, dass durch diese 3 Symptome ein sicherer Krankheitsbegriff umgrenzt sei, sondern hält das Zusammenvorkommen aller drei für eine zufällige Combination. So auch in dem hier vorgestellten Fall, wo der Diabetes als klinisch sichergestellter Pancreas-Diabetes aufgefasst werden muss, die Leberschwellung nicht durch die von Hanot beschriebene Fettinfiltration mit brauner Atrophie, neben massenhafter Neubildung von Gallengängen, bedingt ist, sondern von Melanommetastasen herrührt, und auch die Melanodermie auf irgend eine selbständige Weise, nicht unabhängig von der Lebererkrankung, entstanden ist. M. hält anatomisch die Entstehung der dunkeln Hautfärbung durch Umwandelung des Hämoglobins aus dem stets Hutfarbstoff führenden Serum für wahrscheinlich; die Umwandlung kann bewirkt werden durch die Epithelien der Haut an Ort und Stelle, oder an entfernten Orten in irgend einem inneren Organ mit nachfolgendem Transport in die Haut. Felix Pinkus (Breslau).

Kerstan, Hermann. Ueber stabiles Oedem. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Die Arbeit Kerstan's ist eine literarische Uebersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von stabilem Oedem, das als Folge recidivirend auftretender Oedeme entzündlicher Natur zurückbleibt. Neue Fälle werden nicht mitgetheilt. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

D'Andrea, R. e **Pieraccini,** A. Tre casi di idiozia mixoedematosa famigliare sottoposti alla cura interna tiroidea. La Sellimana medica. LI, Nr. 27.

D'Andrea und Pieraccini berichten über 3 Fälle von Myxödem betreffend 3 Brüder, die vom Vater aus psychisch hereditär belastet sind; neben den typischen Veränderungen der Haut zeigten sich bei den einzelnen Patienten noch verschiedene Begleiterscheinungen und psychische Anomalien. Alle drei wurden mit Schilddrüse vom Schafe behandelt; jeder erhielt jeden 2. Tag anfangs $^1/_2$ Lappen einer frischen Schilddrüse, später $^1/_2$ Schilddrüse; dabei verschwand das Myxödem der Haut, diese bekam bessere Farbe; auch die übrigen somatischen Erscheinungen besserten sich, während die psychischen Alterationen stabil blieben. Nach Aussetzen der Behandlung kehrten jedoch alle Erscheinungen rasch wieder, ohne sich mehr auf später eingeleitete Curen zu bessern. Bemerkenswerth ist in diesen Fällen das



familiäre Auftreten der Erkrankung mit den hereditären Verhältnissen, und der so rasch vorübergehende Effect der Schilddrüsenbehandlung.

Ref. Dr. Spietschka (Prag).

Möller, J. S. Zwei Fälle von Myxödem. Hospitalstidende. 4. Reihe. Bd. V, Nr. 30, 28. Juli 1897.

Möller theilt zwei Fälle von Myxödem mit, wo Thyreoïden, entweder in Form von frisch gekochten Glandeln (von Kälbern) oder in Form von Tabletten, wovon jede 15 Centigramm Glandeln entsprach, mit günstigem Resultat angewendet wurde. Bei fortgesetztem Gebrauch von einer halben Glandel ein oder zwei Mal in der Woche, oder einer Tablette jeden Tag ist die Heilung eine dauernde.

Chr. T. Hansen (Kopenhagen).

Beck, C. Ueber die histologischen Veränderungen der Haut bei Myxödem. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Beck untersuchte Hautstücke einer 69jährigen Frau, die seit drei Jahren an Myxödem litt. Die Hautstücke wurden gelegentlich der Exstirpation eines Mammacarcinomes der Brust der Pat. entnommen. Um die im höheren Alter auch unter physiologischen Verhältnissen auftretenden Veränderungen, besonders der elastischen Elemente, ausscheiden zu können, wurden Controluntersuchungen an normaler Haut alter Leute angestellt. Das Ergebniss der Untersuchungen ging dahin, dass sich bei Myxödem in der Haut regressive und progressive Vorgänge neben einander abspielen. Die ersteren lassen sich in der Epidermis und in den verschiedenen Gewebselementen der Cutis beobachten, die letzteren beschränken sich auf das Collagen und auf die glatten Muskelfasern der Cutis. In der Epidermis bestehen die regressiven Veränderungen in einem „sterilen" Zustande (Auftreten „saurer Kerne", Unna), einer Nekrose und einem Zerfall des Protoplasmas der Epithelien, in der Cutis künden sie sich durch die Auffaserung der collagenen Bündel und durch die Bildung von Kollastin an. Die progressiven Veränderungen bestehen in der Zunahme des collagenen Gewebes in den mittleren und der Zunahme der glatten Muskelfasern in den mittleren und unteren Cutislagen. Ein besonderer Platz muss für die Veränderungen im Fettgewebe eingeräumt werden, welches, wie es scheint, neben einer Massenzunahme auch eine chemische Umwandlung seines Fettes erlitten hat.

Ludwig Waelsch (Prag).

Brian. Elephantiasis cartilaginosa nasi. Gazette hebdom. de med. et de chir. Nr. 49. 20. Juin 1897.

Die Elephantiasis der Nase ist eine relative häufige Krankheit, welche hauptsächlich durch eine Hypertrophie der Nasenhaut und des Unterhautzellgewebes charakterisirt ist. Die Hypertrophie ist entweder gleichmässig oder ist an einzelnen Stellen mehr ausgesprochen, so dass Tumoren entstehen. Autor bespricht dann die knorpelige Elephantiasis, welche von den eben erwähnten ganz verschieden ist. Die Nase bildet eine gleichmässige plumpe Masse, die Haut ist glatt, gespannt. Diese diffuse Verdickung ist transparent, sie durchlässt die Lichtstrahlen, ähn-



ich wie eine Hydrocele vaginalis, was wahrscheinlich auf die myxomatöse Natur des Tumors zurückgeführt werden kann. Das Neoplasma kann als ein Chondromyxom der Nase betrachtet werden, welches sich im subcutanen Zellgewebe entwickelt hat. P. Rona (Breslau).

Lang, Ed. Elephantiasis brachii et antibrachii sinistri. (Naevus pigmentosus lipomatodes et neuromatodes.) Heilung durch Exstirpation. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten, VI. Jahrg. 1895.

Lang gibt die kurze Krankengeschichte eines 9 Jahre alten Knaben, dessen Hauterkrankung im dritten Lebensjahre auftrat in Form von haselnussgrossen rothen Schwellungen am linken Arm; im letzten Lebensjahre schnelles Wachsthum der geschwulstartigen Bildungen. Linker Arm weist streng umschriebene, hühnerei- bis mannsfaustgrosse, halbkugelige, braunrothgefärbte schwammigweiche Wülste auf, die durch mehr bandartig flache Brücken in Verbindung stehen. Heilung durch Exstirpation, die in mehreren Sitzungen vorgenommen wurde, Sensibilität und Motilität des Armes in keiner Weise durch die operativen Eingriffe verändert.
Fricke (Breslau).

Prothon. Hypertrophie éléphantiasique du membre inferienz. La province médic. Société des sciences médic. de Lyon, Séance du 28. avril 1897.

Prothon stellt einen 14jährigen Knaben vor, der an einer völlig circumscripten Hypertrophie des rechten Unterschenkels leidet. Dieselbe erstreckt sich nur auf Haut und subcutanes Bindegewebe. Aetiologie unbekannt.

In der Discussion verwirft Lépine die Diagnose elephantiastische Hypertrophie wegen der strengen Localisation, während Nové-Josserand dieselbe in der weitesten Bedeutung des Wortes aufrecht erhalten wissen will. G. Falk (Breslau).



Geschlechts-Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Hereditäre Syphilis.

Buret, F. De la transmission de la syphilis à la troisième génération. La France médicale. XLV. 5, p. 65, 4./II. 1898.

Buret bespricht Ogilvies Arbeit über die Uebertragung der Lues auf die III. Generation und kommt zu dem Schluss, dass alle bisher berichteten Fälle nicht einwandsfrei seien. Man müsse unbedingt verlangen, dass weder in der II. noch in der III. Generation Syphilis acquirirt worden sei, was kaum realisirbar wäre. Hierbei könnte dann immer noch nicht ausgeschlossen werden, dass der Vater des inficirten Kindes ein Anderer als der Gatte der Mutter sei. Wenn man im Mittelalter von der Uebertragung der Lues auf späte Geschlechter geredet hätte, so sei das unter dem Drucke der Inquisition zu verstehen, wissenschaftlich aber wäre die Uebertragung dieser Krankheit auf die III. Generation ein Unding. Bruno Löwenheim (Liegnitz).

Fournier. La polymortalité infantile comme signe de l'hérédo syphilis tardive. La méd. mod. 1898, Nr. 2.

Fournier betont die Bedeutung der in einer Familie vorhandenen Kindersterblichkeit für die Diagnose einer Lues, sei es an der Mutter, an den Geschwistern oder den Kindern, bei Letzteren für die Annahme einer Syphil. hereditaria tarda.

Er bringt für jeden der 3 Möglichkeiten einen instructiven Fall zur Kenntniss. Gustav Falk (Breslau).

Jullien. L'hérédité seconde en syphilis. La france médic. 1898, Nr. 9, Soc. de méd. de Paris 26. Febr. 1898.

Jullien bespricht die Uebertragung der Syphilis auf die III. Generation. Er stellt zwei Möglichkeiten auf: 1. kann die III. Generation von einer II. Generation abstammen, die gleich der I. dieselbe erworben hat, oder der syphilitische Grossvater hatte im nicht infectiösen Stadium



gesunde Kinder gezeugt, die sich ihrerseits wieder syphilitisch inficirten oder 2. die schon hereditär belasteten Eltern zeugen Kinder. In beiden Fällen soll und kann die III. Generation unter der Nachwirkung der Syphilis stehen. Diesen Zustand will der Aut. bezeichnet wissen als Bi- oder Posthereditat.

Dieselbe besteht nach seiner Ansicht meist aus den verschiedenartigsten Dyscrasien und Dystrophien, wie z. B. Missbildungen, Wachsthumsstörungen, Idiotie etc. etc.; doch können auch direct syphilitische Erscheinungen an diesen bihereditären Kindern, wenn auch selten, beobachtet werden. Verf. erwähnt die schon in Ann. 1897 pag. 702 referirten Fälle Stremginski's, welcher an 2 Kindern eines hereditärsyphil. Vaters parenchymatöse Keratitis und Glaskörpertrübung zu beobachten Gelegenheit hatte, Affectionen, welche meist syphilitischen Ursprunges sind und auch im gegebenen Falle auf specifische Behandlung prompt zurück gingen.

Um diese zweite Art der Uebertragung annehmen zu können, sieht sich Jullien genöthigt, einen längeren Excurs einzuflechten zur Beantwortung der Frage: Kann ein hereditärsyphilitischer überhaupt die Syphilis auf seine Kinder übertragen? Seine Antwort lautet auf „Ja". Er tritt dafür folgenden Beweis an. Tertiär-Syphilitische können (auch nach Fournier) noch inficiren, so lange sie Erscheinungen zeigen. Hereditär Belastete leiden gar nicht selten an „tertiären" Affectionen. Treten nun dieselben im zeugungsfähigen Alter eines Patienten auf, so wäre es leicht zu erklären, wie auch hereditär Belastete luetische Kinder zeugen könnten. Dass diese Thatsache nicht selten zu beobachten ist, zeigt er an der Hand mehrerer Beispiele.

In der folgenden Discussion weist Ladreit de Lacharrière auf eine Form der Taubheit hin, die plötzlich eintritt und aller Therapie trotzt. Auf Grund einer längeren Erfahrung fasst er sie als hereditär luetisches Stigma auf und zwar centralen Ursprunges.

Die Anfrage Burets, ob die Syphilis seconde héréditaire gleichsam als eine Fortsetzung der tertiären Symptome aufzufassen sei, lässt Jullien unbeantwortet.

Zum Schluss spricht Stassani von kachektischen Erscheinungen der Frühperiode der Lues, die wohl mit jenen bihereditären Cachexien verglichen werden könnten. Gustav Falk (Breslau).

Laporte, M. Hérédo-syphilis. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. Nr. 11.)

Wegen der verhängnissvollen Folgen der hereditären Syphilis für das Kind verlangt Laporte eine energische prophylaktische Behandlung der Eltern und zwar:

Des Vaters während 6 Monaten vor dem befruchtenden Coitus. Der Mutter während der Dauer der Schwangerschaft. Die besten Resultate seien erzielt worden mit Hydrarg. jodat. in Verbindung mit Jodkali.

Hugo Goldschmidt (Breslau).



Peltersohn. Lues hereditaria und Keratomalacie. Arch. Med. Woch. 18, 1898.

Peltersohn macht auf ein bisher vernachlässigtes ätiologisches Moment der Keratomalacie, die hereditäre Lues, aufmerksam. In zwei Fällen gelang es ihm, durch eine antisyphilitische Behandlung Heilung zu erzielen. Max Joseph (Berlin).

Venerische Helkose.

Koenigsfeld, Max: Das Lang'sche Verfahren zur Behandlung der Bubonen. Inaug.-Diss. München 1896.

Aus der Posselt'schen Klinik veröffentlicht Koenigsfeld 20 Fälle von Bubonen, die nach der von Lang angegebenen Methode behandelt worden sind (Eröffnung des Abscesses 3–4 Mm. breit durch Spitzbistouri, Entleerung der Eitermassen durch sanften Druck und Injection von $^1/_4$—1% Silberlösung in die Abscesshöhle bis zu deren prallen Füllung. Nach einigen Minuten Entleerung derselben und Verband). 17 dieser so behandelten Fälle kamen in befriedigender Weise, in relativ kurzer Zeit, zur Heilung. Sogar complicirte Fälle besserten sich rasch. Die Injectionen verursachten weder Schmerz noch Fieber. Nur 2 Fälle wurden schankrös, ein Fall konnte nicht zu Ende beobachtet werden.
Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Mantegazza, Umberto. Contributo allo studio della patogenesi dell' adenite venerea. Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXII 1897, fak. I, p. 5.

Mantegazza konnte bei seinen Untersuchungen über das Vorkommen der Ducrey-Krefting'schen Bacillen im venerischen Bubo diese Bacillen im Buboneneiter mikroskopisch nachweisen, allerdings nur in 2 Fällen; in 6 Fällen, wovon 2 als Bubonulus zu bezeichnen sind, erhielt er positive Impfresultate, und in den Impfgeschwüren waren die Streptobacillen reichlich vorhanden; in 10 Fällen konnte er die Bacillen weder im Buboeiter nachweisen, noch erhielt er positive Impfresultate. Die bacteriologische Prüfung fiel, übereinstimmend mit den Untersuchungen von Straus und denen des Referenten negativ aus. Bei vier Fällen von Adenitiden, welche nach anderen Ursachen eingetreten waren, konnte er weder Virulenz noch die Bacillen nachweisen. Er fasst die Ergebnisse seiner Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen. 1. Im Eiter der venerischen Adenitis kann man häufig (in 2 von 18!) den Ducrey-Unna-Krefting'schen Bacillus nachweisen; die anderen gewöhnlichen Eitererreger kommen gewöhnlich nicht vor. 2. Mit dem Eiter der Adenitis kann man bisweilen ein typisches Impfgeschwür erzeugen, in welchem die Bacillen massenhaft nachgewiesen werden können. 3. Der verdünnte, Streptobacillen enthaltende Eiter erzeugt immer ein weniger heftiges Impfgeschwür als der reine nicht verdünnte Eiter derselben Quelle, so dass entgegen der Ansicht Buschke's, die Virulenz des



Eiters abhängig von der Menge der darin enthaltenen Bacillen ist. 4. Eine Temperatur von 42° zerstört nach wenigen Minuten jede Virulenz des Streptobacillen enthaltenden Eiters. 5. Wenn man den Eiter durch drei Tage bei 37° ausserhalb des Körpers aufbewahrt, verliert er seine Virulenz.

Theodor Spietschka (Prag).

Meyer Otto: Ueber Besonderheiten im Verlauf des Ulcus molle. Inaug.-Diss. Berlin 1897.

Aus der Herxheimer'schen Abtheilung des Frankfurter städt. Krankenhauses berichtet Meyer über 2 Fälle von Ulcus molle, welche Abweichungen vom normalen Verlaufe zeigen. Im ersten Falle handelt es sich um ein Ulcus molle orific. urethr., das mit einem Abscess an der Radix urethr. und beiderseitigen Bubonen complicirt war. Der Abscess öffnete sich spontan und wurde schankrös, die Bubonen wurden durch Injection von 0·02 Arg. nitr. zur Eiterung gebracht und operirt. Inzwischen hatte sich an der Unterfläche des Penis ein neuer Abscess gebildet mit starkem Oedem des Präputiums, das circumcidirt, aber auch bald schankrös wurde, obwohl man das Ulcus am Orificium urethr. vorher mit Acid. carbol. lignef. geätzt hatte. Der Abscess stand durch zwei Fisteln mit dem Corpus cavern. glandis in Verbindung. Erst nach Spaltung derselben und entsprechender weiterer Behandlung trat Heilung ein.

Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um ein Ulcus an der Unterfläche der Glans und um chankröse Bubonen und Geschwüre in der Leistenbeuge, Scrotum und Oberschenkel. Zur Sicherstellung der Diagnose wurden zwei Inoculationen auf den anderen Oberschenkel gemacht, die angingen. Die Geschwüre am Penis setzten sich in zwei Fisteln fort, die wegen Gefahr des Durchbruchs nach der Urethra hin gespalten werden mussten. Heilung. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Balzer, F. Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heissen Lösung von Kalium permanganicum. Monatshefte f. praktische Dermatologie Bd. XXIII.

Bei phagedänischen Geschwüren hat sich Balzer folgende Behandlungsmethode sehr bewährt: Ein Behälter mit einem Kautschukrohr wird mit einer Lösung von Kalium permanganicum 1‰, die auf ungefähr 45° erhitzt ist, gefüllt und in einiger Höhe aufgehängt. Handelt es sich um einen Genitalschanker, so lässt der Kranke die Flüssigkeit direct über das Geschwür rieseln; beim Bubo mit unterminirten Rändern führt man eine Canüle bis ans Ende der Höhle; beim freiliegenden Geschwür stülpt man einen Glascylinder, dessen Lumen weit genug ist, darüber, lässt die Flüssigkeitssäule in demselben bis zu einer gewissen Höhe steigen, und dann wieder ablaufen, indem man das Rohr etwas hebt. Die Dauer der Spülungen beträgt 2—4 St., je nach der Schwere des Falles. In der Zwischenzeit wird mit einem Antisepticum verbunden.

Die Dauerirrigation ist dem heissen Bade bedeutend überlegen und scheint der ununterbrochenen Irrigation das Hauptverdienst an der



Wirkung zuzukommen, da die Application von Hitze allein oder kalter Kal. permanganic. Lösungen sich lange nicht so wirksam erwiesen haben.
Ludwig Waelsch (Prag).

Fournier: De l'induration accidentelle du chancre mou. (La médecine moderne 1898 Nr. 27.)

Fournier warnt davor, alle venerischen Geschwüre, wenn sie ein Gefühl der Härte darbieten, gleich für Initialsclerosen zu erklären. Wenn auch in den meisten Fällen die Ulcera mollia einen weichen Grund haben, so können doch unter gewissen Umständen dieselben auch eine Induration aufweisen. So gibt es bestimmte Localisationen, wo sämmtliche Läsionen — sowohl Ulcera mollia, wie auch einfache Erosionen — hart werden z. B. der Sulcus coronarius wegen des stark ausgeprägten Lymphsystems daselbst, ferner das innere Präputialblatt bei bestehender Phimose, weil der über die Ulcera fliessende Urin einen chronischen Reizzustand bildet. Ein fernerer Grund für Verhärtung eines Ulcus molle bildet die Entzündung, wie sie namentlich durch das Touchiren mit ätzenden Substanzen, namentlich mit Höllenstein, Essigsäure, Salpetersäure etc. hervorgerufen wird; auch länger angewandte desinficirende oder adstringirend wirkende Lösungen (Argent. nitric., Chlorzink, Sublimat, Tannin, Alaun, Alkohol, Carbolsäure) erzeugen eine gewisse Härte. Ergibt also die Anamnese eine derartige Behandlung, so soll man sehr vorsichtig sein in Bezug auf Diagnose der Lues. Albert Fricke (Lübeck).

Fournier: Traitement du chancre simple. (La Médecine moderne 1898, Nr. 40.)

Fournier unterscheidet drei Arten von Behandlung des Ulcus molle.

Bei frischen kleinen, günstig gelegenen Ulcera hält er die Excision für möglich und angebracht, ausgezeichnete Erfolge hat er bei einer Cauterisation der Geschwüre mit Acid. sulfuric. gesehen, alte ausgedehnte Ulcerationen behandelt er mit Localmitteln, wie Jodoform und weist auf die Nothwendigkeit einer hygienischen geregelten Lebensweise des Erkrankten hin. Paul Witte (Breslau).

Rille, S. Demonstration von 2 Fällen von extragenitalen syphilitischen Primäraffecten. Off. Protokoll der Sitzung der k. k. Gesellschaft d. Aerzte vom 26. Febr. 1897. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 9, pag. 221, 1897.

Rille zeigt 2 Fälle extragenitaler Sclerose aus der Klinik seines Chefs, Prof. Neumann, und zwar den einen wegen seiner seltenen Localisation an der behaarten Kopfhaut, den zweiten mit an der Kinnfurche sitzender Sclerose bei einem Individuum, das gleichzeitig an dem Genitale (innere Vorhautlamelle) eine knorpelharte Induration (zweiter Primäraffect) aufweist. Carl Ullmann (Wien).

Stiebel, Gustav. Ueber extragenitale Primäraffecte. Inaug. Diss. Würzburg 1897.

Stiebel berichtet über 54 Fälle von extragenitalen Sclerosen aus der Joseph'schen Poliklinik aus den Jahren 1888—1895, entsprechend



2·3% aller während des betr. Zeitabschnittes daselbst beobachteten Primäraffecte.

Von diesen 54 Sclerosen sassen nicht weniger als 41 im Gebiete der Lippen (Oberlippe, Unterlippe und Mundwinkel).

Ein besonderer Einfluss auf den Verlauf der Syphilis mit Bezug auf den extragenitalen Sitz des Primäraffectes konnte nicht beobachtet werden. Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Le Tellier, M. Etude sur les gommes syphil. précoces. These d. Paris, Nr. 450. Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1897, Nr. 67.

Le Tellier constatirt das allerdings seltene Auftreten von Gummen in der Secund.-Periode der Lues.

Ihre Prognose sei meist eine gute, doch abhängig von der Localisation. Gustav Falk (Breslau).

Brandis, Bernh. Ueber Syphilis gravis bei Aerzten. (Sitzungsbericht der Niederrhein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde. 1897. B. 54.)

Brandis, der bekannte Aachener Syphilidologe, geht nach einer längeren Excursion über die Geschichte der Quecksilbertherapie, ihres Nutzens, und ganz besonders der Aachener Behandlungsweise (Inunctionscur nach den allgemein anerkannten Principien), der natürlich besonders das Wort geredet wird, zu seinem eigentlichen Thema über, indem er über 10 Aerzte berichtet, die zwischen 30—50 J. alt an extragenital erworbener Syphilis litten. Die Infectionen waren schwere, frühzeitiges Auftreten von Haut- und Knochennecrosen schwerer Art, Fieber und Kräfteverfall, Heilung bei allen Patienten. In allen Fällen wurde die Diagnose zu spät gestellt und zu spät die antiluetische Behandlung eingeleitet. (Die Fälle kamen oft nach Jahren in B.'s. Behandlung.) B. will diese schweren, mit hohem Fieber einsetzenden syphil. Processe nicht als tertiäre, sondern als Frühformen angesehen wissen, da alle beschriebenen Veränderungen nach beendigter Incubation begannen. Der Autor empfiehlt frühzeitige und energische Hg-Behandlung. Da er sich selbst gegen die Ansicht auspricht, extragenitale Infection bedinge schwere Syphilis, da das Nichtstellen der Diagnose und Abwarten der Therapie nicht auf die Schwere des Processes von Einfluss war, da die schweren Symptome gleich nach der regulären Incubationsdauer auftraten, so ist der Zusatz in der Ueberschrift „bei Aerzten" ein reindecorativer, ohne Bedeutung für die Sache.

Wolters (Bonn).

Castel Du: Un cas de réinfection syphilitique. (La médecine moderne. 1898 Nr. 16.)



Du Castel stellt einen Fall von Reinfection vor. Es handelt sich um einen Patienten, der im Jahre 1892 wegen Lues in Behandlung des Autors war, so dass Syphils anamnestisch absolut sicher vorlag. Jetzt kommt der Patient wieder in Behandlung mit einem Primäraffect, Scleradenitis inguinalis und frischer Roseola.

Albert Fricke (Lübeck).

Fournier. Syphilis maligna praecox. La méd. mod. 1898 Nr. 1.

Fournier stellt einen Fall von maligner Syphilis vor, der 2 Monate nach Auftreten des Primäraffectes Gummen am Schädel und eine Perforation des Gaumensegels mit Stimmbandveränderungen zeigte. Der Mann war sonst vollkommen gesund und unter specifischer Behandlung.

Gustav Falk (Breslau).

Fournier. Du prognostic de la syphilis. (La médecine moderne 1898 Nr. 22.)

Trotz Heilbarkeit und der günstigen Beeinflussung der syphilitischen Erscheinungen der I. und II. Periode durch specifische Behandlung soll man doch die Prognose der Syphilis nicht zu günstig stellen. Denn einmal schwächt sie den Organismus, macht das Individuum weniger widerstandsfähig gegen Krankheiten, schafft Disposition zu Scrophulose, Tuberculose etc., dann auch hat sie schwere Erkrankungen des Nervensystems (Tabes, Paralyse) im Gefolge; auch die üblen Folgen der Lues für die Nachkommenschaft sind nicht ausser Auge zu lassen.

Albert Fricke (Lübeck).

Massazza, G. e **Truffi,** M. Epidemia di sifilide nel comune di Casalisma durante glianni 1895—96. Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle. Ao. XXXII 97. III. p. 273.

Massazza G. und Truffi M. berichten über eine Syphilisepidemie in der kleinen Dorfgemeinde Casalisma bei Pavia während der Jahre 1895 und 96. Die meisten der Einwohner wohnen in kleinen Meiereien, wo die Syphilis gar keine Verbreitung besitzt. In diesen beiden Jahren waren nun 11 Bäuerinen, 1 Mann und 9 Kinder in zartestem Alter mit Syphilis inficirt worden. Die Uebertragung erfolgte zumeist durch das Stillen, begünstigt durch die Gewohnheit der Mutter, häufig auch fremden Kindern die Brust zu bieten. Ueber den Ursprung dieser Epidemie liess sich nichts sicheres eruiren. Therapeutisch wurden mit bestem Erfolge intramusculäre Injectionen von Calomel, bei den Erwachsenen 0·1 p. dosi, bei den Kindern 0·02 p. dosi, applicirt.

Theodor Spietschka (Prag).



Buchanzeigen und Besprechungen.

Henry Head M. A. M. D.: Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen. Deutsch herausgegeben von Dr. W. Seiffer. Berlin, Hirschwald 1898. XI und 346 Seiten mit 124 Holzschnitten im Text und 7 Tafeln, 9 Mark.

In dem Vorworte, mit welchem er die von seinem Assistenten gelieferte Uebersetzung der Head'schen Untersuchungen einleitet, charakterisirt Hitzig dieselben dahin, dass sie einen unerwarteten Einblick in die pathologischen Vorgänge vermitteln, die sich in tiefliegenden, für die üblichen Methoden schwer oder nicht zugänglichen Organen abspielen. Und dies ist nicht zu viel gesagt. Von Untersuchungen über die Lage der Schmerzen bei Magenerkrankungen ausgehend, die ihm zeigten, dass hiebei und auch bei anderen Organerkrankungen zahlreiche scharf begrenzte Zonen von Hauthyperästhesie nachzuweisen sind, hat Head, um die Beziehungen dieser Gebiete zu Nervenvertheilungen zu erkennen, die Ausbreitung des Herpes zoster studiert und eine überraschende Uebereinstimmung der vom Zoster befallenen Zonen mit den von ihm für Visceralerkrankungen festgestellten gefunden, wobei sich zeigte, dass jede dieser Zonen das Verbreitungsgebiet entweder einer einzelnen Nervenwurzel oder eines einzelnen Rückenmarkssegmentes darstelle. So vermochte H. eine Topographie der von den verschiedenen Rückenmarkssegmenten versorgten Zonen auf die Oberfläche des Körpers aufzuzeichnen und durch weitere Untersuchungen ein Schema der Vertheilung der sensiblen Sympathicusfasern zu liefern. Weiterhin zog H. auch die Hyperästhesien bei Allgemeinerkrankungen und bei Hysterie in den Kreis seiner Untersuchungen und erörtert in dem vorliegenden Buche auch verschiedene theoretische Fragen aus diesen Gebieten. Bezüglich des Herpes zoster, wovon er über 300 Fälle untersuchte, gelangt er auf Grund der Uebereinstimmung zwischen den Eruptionsgebieten und den hyperästhetischen Zonen bei Visceralerkrankungen zu dem Schlusse, dass die Herpeseruptionen den Empfindungszonen bestimmter Rückenmarkssegmente entsprechen; eine Anschauung, die unter Bestätigung der nervösen Theorie des Herpes zoster, zugleich die Schwierigkeiten erklärt, die man bei dem Versuche hatte, das Gebiet der Herpeseruption mit den Vertheilungsgebieten der Intercostalnerven zu identificiren. So haben diese mühsamen Untersuchungen auch in dermatologischer Beziehung principiell werthvolle Resultate ergeben und es ist wohl anzunehmen, dass die Berücksichtigung derselben auch weiterhin zu interessanten Ergebnissen führen wird. Es war deswegen ein gewiss sehr dankenswerthes Unternehmen, dieselben durch eine so gelungene Uebersetzung den deutschen Fachkreisen zugänglicher zu machen, und sei das Studium des interessanten Buches, welches durch die zahlreichen Abbildungen und Schemata erleichtert wird, auf das Wärmste empfohlen.

Friedel Pick (Prag).

H. Herz (Breslau): Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. XVIII und 542 Seiten. Berlin, S. Karger, 1898, 10 Mark.

Verfasser hat es sich zur Aufgabe gestellt, „diejenigen Verdauungsstörungen zu bearbeiten, welche in der Pathologie des übrigen Organismus eine ursächliche oder symptomatische Rolle spielen und in den üblichen Lehrbüchern der Verdauungskrankheiten nur nebensächlich behandelt werden können, obwohl sie an Zahl und Bedeutung den „genuinen“ Verdauungskrankheiten kaum nachstehen“. Es ist natürlich, dass auf diese Art das Buch eigentlich eine Uebersicht über die gesammte innere Medicin bringt, denn es bleiben nicht viele Krankheiten übrig, wenn man alle jene herausnimmt, bei welchen Verdauungsstörungen vorkommen. Die ersten drei Capitel sind den Beziehungen des Verdauungsapparates zu Allgemeinkrankheiten, die weiteren denen zu den Krankheiten der einzelnen Organsysteme gewidmet, darunter je eines der ausführlichen Darstellung der pathologischen Beziehungen zwischen Verdauungsapparat und Urogenitalapparat, respective der Haut. Diese Beziehungen in übersichtlicher Weise zusammenzustellen ist ein sehr dankenswerthes Unternehmen und die eingehende Berücksichtigung der so zerstreuten diesbezüglichen Literatur verleiht dem klar geschriebenen Buche einen über den Rahmen des praktischen Bedürfnisses hinausgehenden Werth.

Friedel Pick (Prag).

Varia.

Internationaler dermatologischer Congress zu Paris 1900.

Statuten. 1. Der IV. internationale Congress für Dermatologie und Syphilidologie wird vom 2. bis 9. August 1900 in Paris tagen. 2. Die Sitzungen desselben finden in der Zeit von 8 Uhr Morgens bis 1 Uhr Nachmittags im Hôpital St. Louis statt. 3. Als Mitglieder des Congresses werden einheimische und fremde Doctoren der Medicin vom Organisations-Comité angenommen, wenn sie sich bis zum 1. Juni 1900 anmelden, und den Mitgliedsbeitrag leisten. Der letztere ist mit 25 Fr. (20 Mark, 1 Pfund Sterling) festgesetzt und berechtigt auch zum Bezuge des Congressberichtes. Die Congresskarten werden gegen Vorweisung der Quittung über den erlegten Mitgliedsbeitrag in den Congressbureaux ausgefolgt. Anmeldungen von Mitgliedern mögen entweder an den General-Secretär oder an den Secretär des betreffenden Landes gerichtet werden. 4. Das Organisations-Comité wird in der ersten Congress-Sitzung das definitive Bureau, die Präsidenten, Vicepräsidenten und Secretäre zur Wahl vorschlagen. Die Mitglieder des Organisations-Comités sind in das definitive Bureau wählbar. 5. Die Sitzungen des Congresses sind öffentlich. 6. Es wird den Mitgliedern des Congresses freigestellt, sich bei den Verhandlungen einer beliebigen Sprache zu bedienen; man bittet aber vorzugsweise deutsch, englisch und französisch zu sprechen. Während der Discussionen werden die Herren Secretäre die einzelnen Reden in eine oder zwei der genannten Sprachen übersetzt resumiren. Die Mittheilungen des Organisations-Comités und des definitiven Bureau werden in französischer Sprache und nach Thunlichkeit in deutscher und englischer Uebersetzung ausgegeben werden. Das Programm für die Sitzungen wird vom Organisations-Comité festgestellt, vor Eröffnung des Congresses in Druck gelegt und mit den Mitgliederkarten vertheilt. Demonstra-

tionen von Kranken finden in allen Sitzungen besondere Berücksichtigung. Die zur Verhandlung gelangenden Themen werden theils durch das Organisations-Comité bestimmt, theils von den Mitgliedern frei gewählt. Für die vom Organisations-Comité auf die Tagesordnung gesetzten Themen werden eigene Referenten designirt, deren Berichte vorher gedruckt und bei Beginn des Congresses den Mitgliedern eingehändigt werden. Einzel-Vorträge mit frei gewähltem Thema müssen dem General-Secretär bis spätestens 1. Juni 1900 bekannt gegeben werden. Vorträge dieser Art dürfen vorher nicht veröffentlicht resp. in gelehrten Gesellschaften mitgetheilt werden. Die Maximalzeit für einen Vortrag ist auf 15 Minuten, für Reden in der Discussion auf 10 Minuten festgestellt. Eine Verlängerung der gewährten Redezeit kann der Vorsitzende nur mit Zustimmung der Versammlung ertheilen. Mikroskope und ein Projectionsapparat stehen den Herrn Vortragenden zur Verfügung. Die Manuscripte der Mittheilungen müssen vor Schluss der Sitzung dem Bureau übergeben werden. Diejenigen Redner, welche sich an den Discussionen betheiligen, verpflichten sich noch im Verlauf der Sitzung ihre Aeusserungen zu Papier zu bringen. Ueber die vollständige oder auszugsweise Aufnahme der einzelnen Mittheilungen in den officiellen Sitzungsbericht entscheidet das Organisations-Comité. Der Congressbericht wird in französischer Sprache veröffentlicht. Arbeiten, welche von den Autoren deutsch oder englisch geschrieben übergeben werden, sollen in diesen Sprachen zum Abdruck gelangen. Gleichzeitig mit dem Congress wird eine Ausstellung von Moulagen, Photographien und Zeichnungen sowie von histologischen und bacteriologischen Präparaten dermatologischer Objecte abgehalten.

Nach einem mit dem Comité des XIII. internationalen medicinischen Congresses, welcher zur selben Zeit unter dem Vorsitz des Herrn Prof. Lannelongue in Paris tagen wird, getroffenem Uebereinkommen wird die Section für Dermatologie und Syphiligraphie desselben mit dem IV. internationalen Dermatologen-Congress vereinigt. Demzufolge werden die Mitglieder des IV. internationalen Dermatologen-Congresses ohne weitere Anmeldung auch als Theilnehmer des XIII. internationalen medicinischen Congresses betrachtet

Für die Tagesordnung wurden vom Organisations-Comité folgende Themen gewählt: Dermatologie. 1. Der parasitäre Ursprung von Eczemen. 2. Die Tuberculide. 3. Alopecia. Aetiologie und klinische Formen der Alopecia areata. 4. Die Leukoplasien. Syphilis. 1. Die Combination von Syphilis mit anderen Infectionskrankheiten und deren gegenseitiger Einfluss. 2. Die Nachkommen hereditär Syphilitischer. 3. Die Ursachen der Generalisation der blennorrhagischen Infection.

Anmeldungen von Mitgliedern und Vorträgen, sowie andere den IV. internationalen Dermatologen-Congress betreffende Mittheilungen werden vom General-Secretär, Herrn Dr. Georges Thibierge, 7 rue de Surène Paris, entgegen genommen.

Das Organisationscomité: Ernest Besnier, Präsident, Georges Thibierge, General-Secretär, Ch. Audry (Toulouse), Balzer, Barthélemy, L. Broco, Brousse (Montpellier), Charmeil (Lille), Danlos, J. Darier, A. Doyon (Uriage), W. Dubreuilh (Bordeaux), Du Castel. Alf. Fournier, Gaucher, Gémy (Alger), H. Hallopeau, L. Jullien, Le Pileur, Ch. Mauriac, Al. Renault, Tenneson.

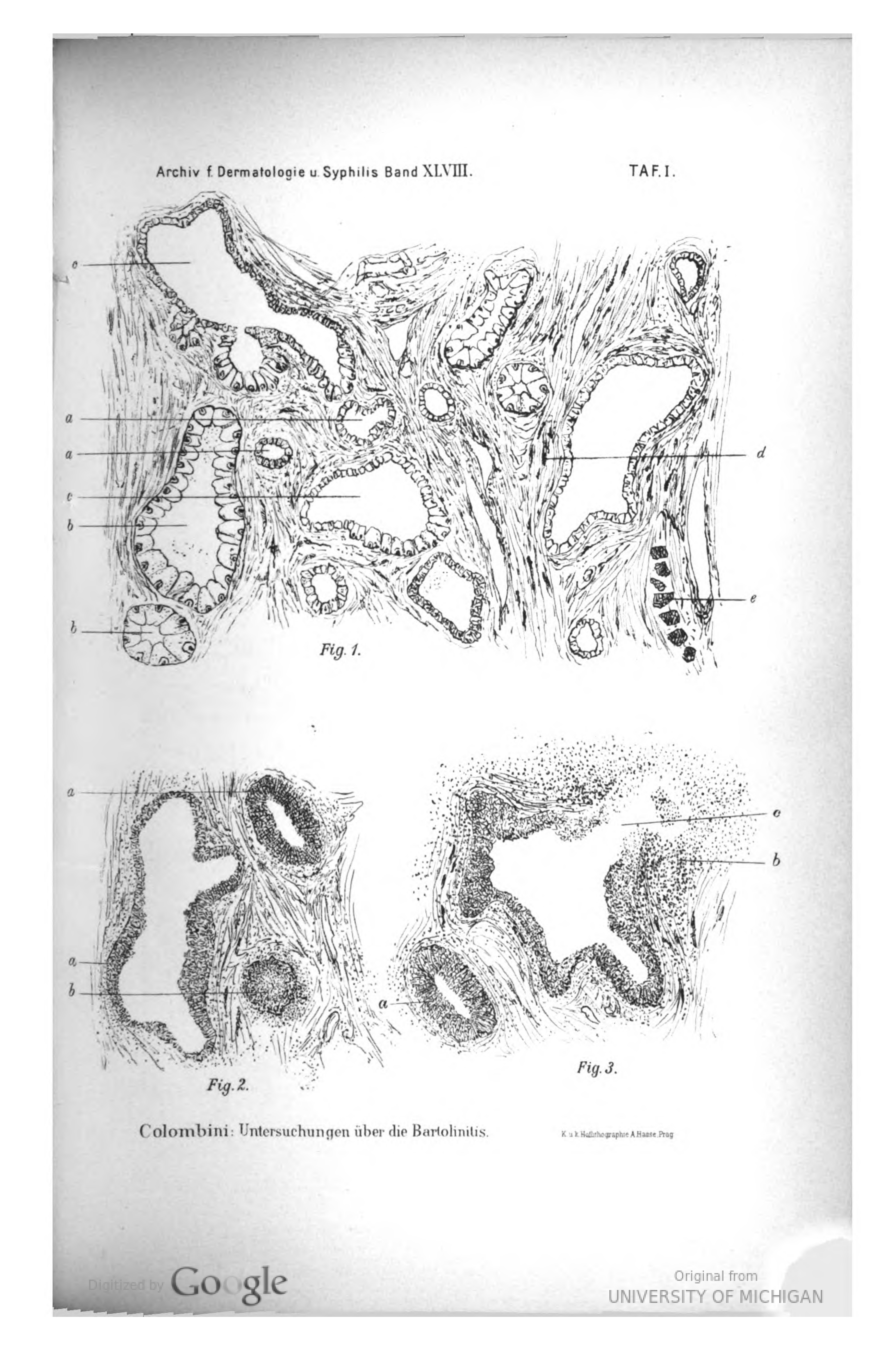


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Colombini: Untersuchungen über die Bartolinitis.

K. u. k. Hoflithographie A. Haase, Prag

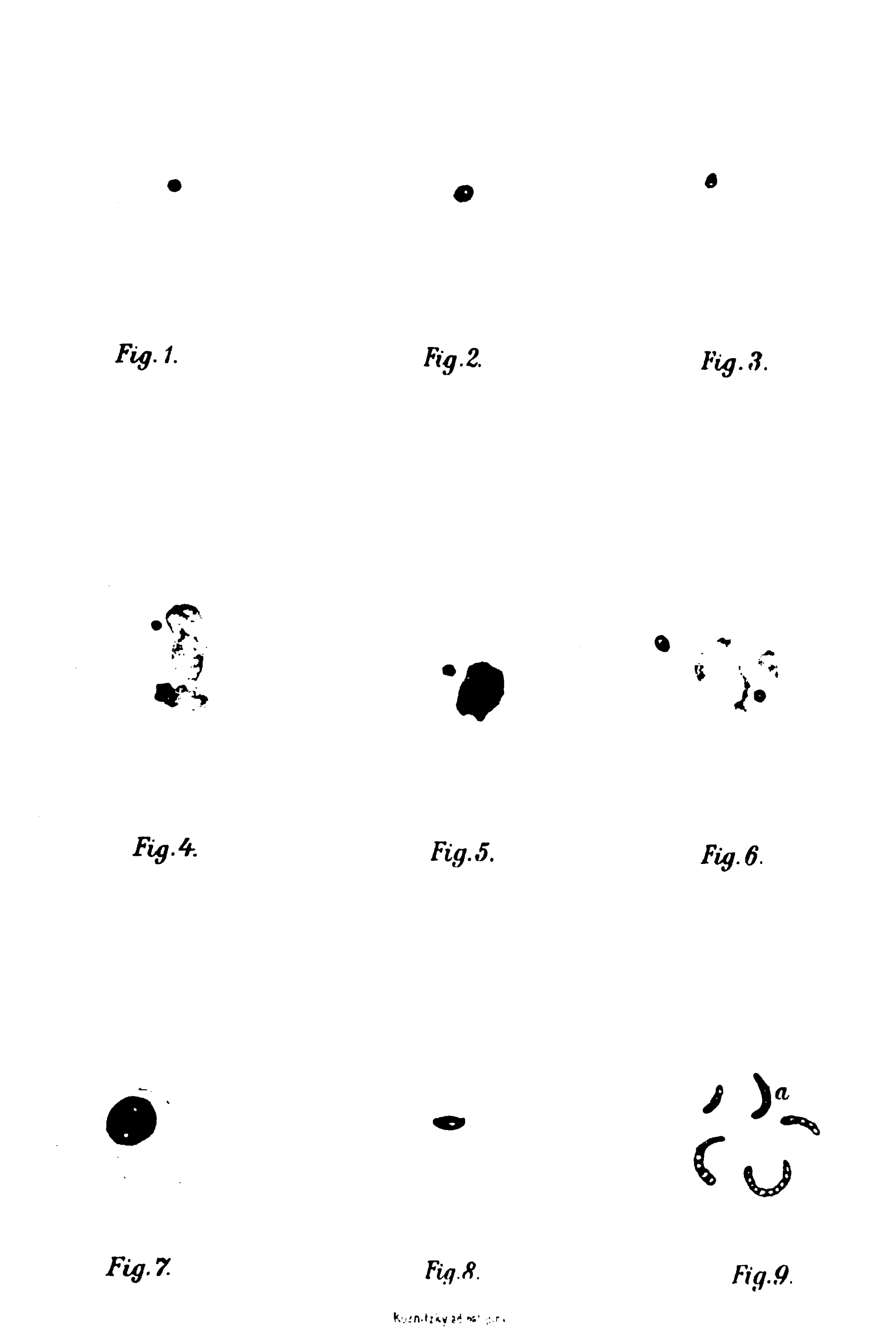


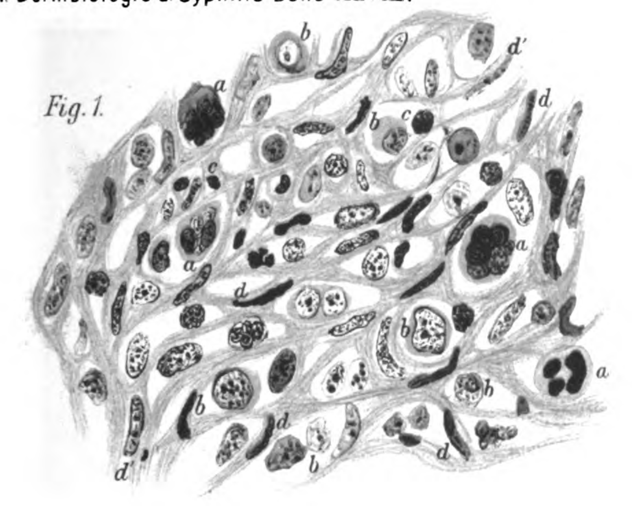
Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3.

Fig. 4. Fig. 5. Fig. 6.

Fig. 7. Fig. 8. Fig. 9.

Kuznitzky. Ueber Befunde in Sclerosen Secret.





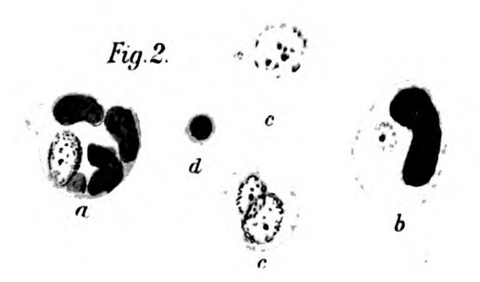
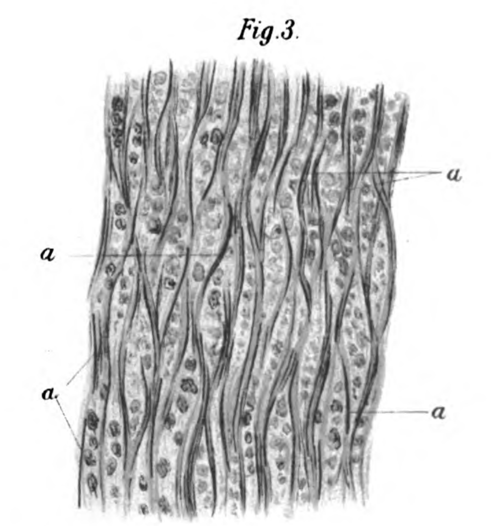


Fig. 3.



Löwenbach: Histologie der gummösen Lymphome.

Kuk.Hof lithog. A.Haase Prag



Originalabhandlungen.



Aus der dermatologischen Universitätsklinik des Prof. Dr. Kaposi in Wien.

Ueber „Urticaria chronica."

Von

Dr. **Karl Kreibich,**
I. Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. IV—VI.)

Man kann heute die Urticaria chronica eintheilen in Urticaria recidiva und Urticaria perstans, d. h. Urticaria wird zu einem chronischen Hautleiden entweder durch das längere Zeit sich wiederholende Auftreten immer neuer Quaddeln, oder durch eine längere individuelle Dauer der einzelnen Quaddeln.

Urticaria recidiva von langer Dauer findet sich in seltenen Fällen in der Form, dass sich continuirlich oder in täglichen Eruptionen lebhaft rothe Urticariaquaddeln bilden, von der Form und Grösse, wie wir sie bei einer acuten Urticaria z. B. nach Krebsgenuss zu sehen gewohnt sind. Die Quaddeln verschwinden rasch wieder und die Haut zeigt trotz der langen Dauer des Leidens keinerlei pathologische Veränderung.

Diese Urticariaform von excessiv langer Dauer wurde durch zwei Fälle repräsentirt, welche wir in der letzten Zeit an obiger Klinik zu beobachten Gelegenheit gehabt haben.

Der erste betrifft eine nervös sehr erregte kinderlose Frau von 35 Jahren, mit Lupus erythematodes nasi, bei welcher nach ihren Angaben seit 1½ Jahren continuirlich ein juckender Hautausschlag besteht.

Wir selbst konnten im Verlaufe eines mehr monatlichen Aufenthaltes an der Klinik, bei der Patientin täglich neue, in



wechselnder Menge unregelmässig über dem Körper zerstreute Urticariaquaddeln constatiren, meist lebhaft rothe Formen von Urticaria figurata oder münzenförmige annuläre Formen mit abgeblasstem Centrum, bei welchen der Verdacht einer arteficiellen Entstehung nicht aufkeimen konnte.

Im Verlaufe eines Tages waren die Quaddeln verschwunden, die Haut an den betreffenden Stellen wieder vollkommen normal. Trotz angeblich intensiven Juckreizes nirgends Kratzeffecte. Urticaria factitia.

Während in diesem Falle die hypothetische Ursache des Hautleidens in Anomalien der Sexualorgane oder in einer allgemeinen nervösen Erregbarkeit zu suchen war, lag der wahrscheinliche Grund für eine seit 35 Jahren recidivirende, sich durch tägliche Quaddeleruptionen charakterisirende Urticaria bei dem zweiten Falle in einem chronischen Magenleiden. Nach den Angaben des intelligenten Patienten und den bestätigenden Beobachtungen des begleitenden Arztes trat vor 35 Jahren angeblich während eines Gastmahles in einem Weingarten an den Händen und im Gesicht ein lebhaft juckender Ausschlag auf, der seit dieser Zeit mit seltenen Unterbrechungen von 2—3 Tagen, in den ersten Jahren regelmässig Abends, in den letzten Jahren früh recidivirte, um nach einer Stunde spurlos zu verschwinden.

Die Untersuchung ergibt: Bei einem mässig kräftigen Mann von 56 Jahren mit fahlem, leicht gelblichen Colorit, an beiden Vorderarmen, Streck- und Beugeseite in gleicher Weise einnehmend, zahlreiche lebhaft rothe, im Centrum leicht gelblich gefärbte Urticariaefflorescenzen. Dieselben sind theils linsenbis kreuzergrosse Einzelefflorescenzen oder confluirte grössere, oft 4—5 Mm. elevirte Herde mit buckliger Umgrenzung und Oberfläche. Die Haut zwischen den Quaddeln zeigt weder diffuse, noch von abgeheilten Kratzeffecten herrührende Pigmentationen. Keine frischen Excoriationen. Urticaria factitia. Patient leidet seit langer Zeit an Magenbeschwerden und trägem Stuhl. Arzt und Patient haben sich mit dem Zustand bereits abgefunden und verlangen lediglich ein juckstillendes Mittel.

Beide Fälle stellten sich als Urticaria mit continuirlich oder schubweis recidivirenden grossen Quaddeln dar.



Durch das Fehlen jedweder Kratzeffecte oder Excoriationen durch den Mangel an Pigmentationen und durch den Umstand, dass nach Rückbildung der Quaddeln eine vollkommen normale Haut zurückbleibt, unterscheidet sich diese Form einer recidivirenden Urticaria von einem zweiten, ebenfalls durch Recidivirung der Quaddeln charakterisirten Typus, wobei jedoch keineswegs gesagt werden soll, dass sich nicht gelegentlich auch Zwischenbilder klinisch beobachten lassen.

Der zweite Typus charakterisirt sich etwa folgendermassen: Die Primärefflorescenzen sind kleine unscheinbare, blass röthliche oder schmutzig gelblichrothe Quaddeln, die sehr bald zerkratzt werden, sich dann mit einer entsprechend grossen Blutborke bedecken, nach deren Abfall sich die Efflorescenz zurückbildet und an ihrer Stelle eine gelbbraune Pigmentation oder ein von einer stärkeren Pigmentation umgebener pigmentarmer Fleck zurückbleibt. Durch häufiges Auftreten neuer Efflorescenzen an denselben Localisationen kommt es dann, abgesehen von obigen die Quaddelumgebung betreffenden stärkeren Pigmentationen, auch zu einer schmutziggelben Verfärbung der Zwischenhaut. Manchmal sind die Primärefflorescenzen grösser, dem entsprechend auch die Excoriationen und Pigmentirungen. Die Localisation der Efflorescenzen ist eine regellose, gewöhnlich aber gruppenartig gehäufte, manche Hautbezirke dicht erfüllend, andere vollständig freilassend, oder die Efflorescenzen treten zerstreut am ganzen Körper auf.

Das sind jene Fälle, welche man mit Rücksicht auf die restirenden Pigmentationen als „Urticaria mit Pigmentbildung“ von dem Krankheitsbilde der Urticaria pigmentosa hat trennen wollen, eine Unterscheidung, die deshalb nicht vortheilhaft erscheint, weil die Pigmentationen bei diesen Fällen lediglich secundäre Krankheitssymptome darstellen, indem sie sich im Anschluss an Excoriationen entwickeln, also für den eigentlichen Krankheitsprocess nur jene Bedeutung haben, wie etwa die Pigmentationen nach Excoriationen in Folge Scabies oder Pediculi vestimentorum etc. Ausserdem verbindet man heute bereits allgemein mit der Bezeichnung Urticaria pigmentosa jenes typische Krankheitsbild, welches zuerst durch Nettleship



bekannt wurde und seither von zahlreichen Autoren in conformer Weise beschrieben wurde.

Chronische Erkrankungen der Nieren, des Magendarmtractes, sowie eine Reihe oft nicht näher definirbarer, somatischer oder psychischer Allgemeinzustände bilden nach Kaposi in manchen Fällen die ätiologischen Momente dieser Urticariaform; oft fehlt jeder Anhaltspunkt für das Zustandekommen dieser Erkrankung.

Die Diagnose dieser Fälle ist oft schwierig, weil eine Reihe mit Juckreiz und consecutiven Excoriationen und Pigmentationen einhergehender Erkrankungen ausgeschlossen werden muss, so z. B. Scabies, Pediculi vestimentorum, Pemphigus pruriginosus etc. Zu trennen ist diese Erkrankung ferner von dem recividirenden Erythema papulatum, dem Lichen urticatus.

Die Primärefflorescenz ist hier wie dort eine blassrothe, kleine, papulöse Quaddel, die bald zerkratzt wird, sich mit einer Blutborke bedeckt, und unter Zurücklassung eines Pigmentfleckes abheilt. Ihre typische Localisation an den Streckseiten der Extremitäten, hie und da das gleichzeitige Auftreten von zinnoberrothen Erythemflecken, charakterisiren die Krankheit hinreichend als Erythem und ermöglichen die diagnostische Trennung.

Während nun bei diesen recidivirenden Urticariaformen der Grund für die lange Dauer nicht in einem Verweilen, sondern gleichsam in einem Kommen und Gehen der Quaddeln gelegen ist, gibt es seltene Formen von Urticaria, wo die individuelle Dauer jeder Einzelefflorescenz sich auf längere Zeit erstreckt, Formen, die schon älteren Autoren bekannt waren und von ihnen treffend als Urticaria perstans (Willan) bezeichnet wurden.

So hat Pick an fünf Fällen gezeigt, dass die acute, lebhaft rothe, typische Urticariaquaddel wochenlang persistiren kann. Die periphere Injectionsröthe verliert sich relativ bald, während die eigentliche röthlichgelbe oder blassröthliche Quaddel persistirt, erst im Verlaufe von Wochen (2—4 Wochen) sich allmälig abflacht, um sich nach Ablauf dieser Zeit ohne Schuppung vollständig zu verlieren. Durch die typische Quaddel und das Fehlen der Excoriationen cha-

rakterisirt, könnte man dieselbe als Urticaria perstans simplex einer zweiten Form gegenüber stellen, bei welcher die typische Efflorescenz eine derbe, rundliche, äusserst persistente Papel darstellt, welcher anatomisch ein leucocytärer Infiltrationsprocess der Cutis und eventuell eine bedeutende Epithelhyperplasie entspricht, in welch letzterem Falle die Oberfläche warzenartig verdickt erscheint.

Diese Formen sind am entsprechendsten als Urticaria perstans papulosa und Urticaria perstans verrucosa zu bezeichnen. An sie schliesst sich als weitere Form die als Urticaria pigmentosa bezeichnete, durch peristirende Quaddeln und Pigmentbildung charakterisirte Erkrankung. Im folgenden möge ein Fall von Urticaria p. papulosa, zwei Fälle von Urticaria perstans verrucosa und zwei Fälle von Urticaria pigmentosa beschrieben werden.

Urticaria perstans papulosa:

J. L., 43jähriger Kellner. Pat. leidet seit 11 Jahren an einer intensiv juckenden Hautaffection, wegen welcher er wiederholt Spitalspflege aufsuchte. Die Haut am ganzen Körper diffus dunkel pigmentirt, schmutzig braun, im Gesichte fahlgrau. (Pigmentation nach jahrelangem Arsengebrauch.)

Stirne, beide Wangen, Hals und Brust bis zu beiden Mammillen, das Abdomen in einem handbreiten Streifen, ferner die Streckseiten beider Oberschenkel, im geringeren Masse die Vorderarme und der Rücken erscheinen von folgender Affection eingenommen:

Die Haut zeigt in der beschriebenen Ausdehnung ein unregelmässig buckliges Aussehen. Dasselbe ist bedingt durch linsengrosse, ziemlich stark erhabene, blassrothe, äusserst derb sich anfühlende Knötchen mit halbkugeliger, glänzender Oberfläche. Die Knötchen verschwinden auf Fingerdruck nicht, sondern lassen sich als deutliche derbe Infiltrate mit der Haut abheben, zeigen nirgends centrale Rückbildung, Fasettirung oder polygonale Begrenzung, sondern verlieren sich vom centralen höchsten Antheil allmälig abflachend, ohne besonders deutliche Grenzen im Niveau der Haut. Zahlreiche Knötchen sind zerkratzt und mit einer eingetrockneten Blutborke bedeckt. Nach deren Abfallen erscheinen die Efflorescenzen in Folge der dünneren Epidermis etwas röther, vielleicht auch etwas flacher. Als Rückbildungserscheinungen sind mehr flache Efflorescenzen und Pigmentationen in der Grösse der Knötchen aufzufassen.

An Stellen, wo die Knötchen sehr dicht stehen, ist die Haut verdickt, derb, nur in breiten Falten abhebbar. Obige Localisationen zeigen ausser der fleckenförmigen auch eine diffuse dünklere Pigmentation.



Unter Arsengebrauch in Form der Solutio fowleri bilden sich die Efflorescenzen im Verlaufe von 3 Wochen zurück. Nach zwei Monaten Recidiv in der gleichen Ausdehnung und Intensität das gleichfalls nach Gebrauch von Solutio fowleri innerhalb fünf Wochen sich zurück bildet.

Urticaria perstans verrucosa.

I. Fall: S. A., 45jährige Maurersgattin. Krankheitsdauer vier Jahre. Man findet an beiden oberen Extremitäten, besonders über dem Handrücken, vielleicht 30—40 Efflorescenzen. Dieselben sind erbsen- bis haselnussgross, zeigen eine halbkugelige Oberfläche und runde Umgrenzung. Die Farbe der Knoten ist entweder blassröthlich, oder schmutziggelb und wenig von der Farbe der Umgebung abstechend. Die Consistenz ist äusserst derb. Die Hornschicht über den nicht comprimirbaren Knoten ist meist verdickt, unregelmässig rauh, hie und da recht leicht schuppend. Einige Knötchen sind oberflächlich leicht zerkratzt und mit kleinen Börkchen bedeckt. Aehnliche Efflorescenzen mit warzenartig, dicker Hornschicht an den unteren Extremitäten (gegen 25), vide Taf. IV.

Ueber beiden Mammae, am Abdomen und am Rücken vereinzelte, etwas kleinere und lebhafter rothe Efflorescenzen.

Die Stirne und beide Wangen eingenommen von lebhaft rothen, meist hanfkorngrossen, quaddelartigen Knötchen mit dünner und glänzender Oberfläche; einige zerkratzt und mit Blutbörkchen bedeckt. Patientin verlässt nach drei Tagen die Klinik.

II. Fall. K. A., 32jährige Bedienerin. Krankheitsdauer 12 Jahre. Die oberen Extremitäten an den Beuge- und Streckseiten, Hand- und Fingerrücken jederseits besetzt von etwa dreissig meist erbsen- bis haselnussgrossen Efflorescenzen. Einzelne zeigen sehr derbe Consistenz, eine leicht wachsartige gelbliche Farbe und fallen von dem höchsten centralen Antheil gleichmässig gegen die Peripherie ab. Andere wieder sind von etwas geringerer Derbheit, auf ihrer Höhe durch Kratzen leicht excoriirt, theils mit Blutbörkchen, theils mit Schüppchen bedeckt. Die Farbe dieser Efflorescenzen ist eine etwas dünklere, an manchen Knoten röthlichblaue. Zwischen diesen lediglich der Haut angehörigen Efflorescenzen braune und braunrothe Pigmentationen von der Grösse der Knoten (involvirte Knoten), aber auch die übrige Haut an den oberen Extremitäten etwas dünkler pigmentirt. An den unteren Extremitäten, besonders an den Streckseiten und am Fussrücken, weniger an den Beugeseiten zahlreiche Efflorescenzen von demselben Charakter, wie an den Armen, nur bedeutend grösser, stellenweise Kreuzergrösse erreichend. Dieselben sind derb, von lichterer und dünklerer Farbe, zum Theil excoriirt oder warzenartig verdickte Hornschichte zeigend. Subjectiv intensives in der Bettwärme sich steigerndes Jucken. Unter Anwendung von Sublimatbädern nach drei Wochen leichte Besserung, insofern als der Juckreiz geringer ist und manche Knoten flacher geworden sind.



Die histologische Untersuchung der Urticaria p. papulosa ergibt: Dünne Hornschichte, an wenigen Stellen leicht verdickt (kernhaltige Hornzellen). Ueber dem Knötchen, von der Peripherie gegen das Centrum etwas zunehmend, die Retezapfen verlängert. Basalzellen erfüllt mit reichlichen gelbbraunen Pigmentkörnern; desgleichen in dem Stratum subepidermoidale der Cutis meist spindelige, mit ähnlichen Pigmentkörnchen erfüllte Zellen. (Arsenmelanose.) Im Stratum subepidermoidale ziemlich mächtige, zusammenhängende Herde von kleinzelliger Infiltration, welche zwischen den auseinandergedrängten Cutisbündeln gewöhnlich parallel der Oberfläche verlaufen und von hier nach oben und unten Fortsätze zeigen. Nach oben finden sich hie und da an der Papillenbasis noch einzelne grössere Herde, sonst ziehen nur längs des Papillargefässes einige Zellen und die übrige Papille ist nur spärlich von ihnen durchsetzt.

Nach abwärts ziehen die Infiltrate als breitere Bänder längs der grösseren Gefässe und längs der Schweissdrüsenausführungsgänge, die Drüsen selbst durchsetzend; oder sie umlagern ziemlich dicht die Follikel. Die Infiltrate setzen sich zusammen aus meist einkernigen, selten in Theilung begriffenen Zellen. Neben Zellen mit intensiv gefärbtem Kern und geringem Protoplasma andere mit blassem Kern und intensiv gefärbtem Plasma. Neben spärlichen spindeligen Elementen ziemlich reichlich Zellen, welche Eosin aufgenommen haben. Zahlreiche lang gestreckte und verzweigte Mastzellen.

Urtic. perstans verrucosa: Die Infiltration der Cutis ist eine geringere. Die Infiltralzellen sind gewöhnlich zu grösseren, die Gefässe begleitenden Herden angeordnet.

Ausser diesen zusammenhängenden Herden finden sich spindelige Zellen zwischen den grösseren Bindegewebs-Bündeln des mittleren Cutisantheiles, während die Papillen nur äusserst spärliche Infiltratzellen aufweisen. Die Zellform in den Infiltrationsherden ist dieselbe wie im Falle I, auch die Mastzellen finden sich in gleicher Menge. Bedeutender sind die Veränderungen der Epidermis. Die Retezapfen sind auf ein mehrfaches verlängert, das Rete selbst bedeutend verbreitert und nach oben von einer 4—5fachen Reihe keratohyalinhältiger Zellen begrenzt. Die ebenfalls bedeutend verdickte Hornschicht zeigt basal ein deutliches Statum lucidum und an ihrer Oberfläche parallel angeordnete Hornlamellen, während innerhalb des centralen Antheiles Zellcontouren und ungefärbte Zellkerne in ihrer normalen Form erhalten erscheinen.

Das klinische Verständnis dieser gewiss seltenen Fälle wurde durch den Fall I d. Urtic. p. verrucosa erleichtert.

Hier fanden sich neben den oft haselnussgrossen, derben Knoten mit warzenartig verdickter Hornschicht, am Stamme, namentlich aber im Gesicht, lebhafter rothe, frisch entstandene Efflorescenzen, zum Theil mit jenem für Urticariaquaddeln



charakteristischen rothen Farbenton. Die grössere Succulenz und die durch seröse Inbibition bewirkte Weichheit fand ihren Ausdruck in den grösseren Kratzeffecten.

In gleicher Weise mussten auch die Efflorescenzen des Falles von Urtic. per. papulosa wegen ihres plötzlichen Entstehens und ihres intensiven Juckreizes, wegen ihrer halbkugeligen Oberfläche, als einer mit Quaddelbildung einhergehenden Erkrankung zugehörig aufgefasst werden.

Dafür sprach auch die blassgelbliche, durch Oedem bewirkte Farbe mancher Efflorescenzen, welche bei dem durch Arsengebrauch dunkel pigmentirten Patienten sehr deutlich hervortrat. Als Uebergangsformen zu den grossen, derben Knoten, konnten im Falle II d. Urtic. p. verrucosa jene bereits knotigen Efflorescenzen mit geringerer Derbheit und relativ wenig verdickter Oberfläche und bläulich-rother Farbe aufgefasst werden.

Jene haselnussgrossen Tumoren der beiden letzten Fälle zeigten klinisch, weder in Farbe, noch in Consistenz, eine Aehnlichkeit mit einer Urticariaquaddel. Aber indem sich relativ leicht constatiren liess, dass jene lebhafter rothen, mehr quaddelartigen Efflorescenzen des Gesichtes im 1. Falle der Urtic. p. verrucosa, durch Aenderung ihrer Consistenz und Farbe in persistente und deutlich palpable Gebilde übergingen, konnte auch für die grossen Knoten, schon mit Rücksicht auf den Juckreiz und die buckelige Oberfläche die Auffassung platzgreifen, dass dieselben aus Urticariaquaddeln hervorgegangen waren, durch wiederholten urticariellen Reizeffect an derselben Stelle (Hyperämie, Oedem) an Grösse und Consistenz gewonnen, und schliesslich durch leukocytäre Infiltration, Epithelhyperplasie und Hyperkeratose persistent geworden sind. Abgesehen von den anatomischen Verhältnissen wurde diese Auffassung dadurch unterstützt, dass sich differential diagnostisch alle übrigen Affectionen leicht ausschliessen liessen.

Lichen ruber planus kam nur bei der Urt. p. pap. einen Moment in Betracht, indem sich bei der ersten Untersuchung am Abdomen Efflorescenzen mit flacher glänzender Oberfläche und bläulich-rother Farbe fanden. Ihr Hervorgehen aus halbkugeligen Efflorescenzen durch Zerkratzen (Abflachung) und frischer Ueberhäutung (röthlich-



blaue Farbe) konnte leicht constatirt werden; abgesehen davon, dass ihre runde Begrenzung, ihre Grösse und die Beschaffenheit der umstehenden Knötchen Lichen ruber leicht ausschliessen liessen, dessen Efflorescenzen polygonale, kleine Schildchen mit centraler Depression darstellen.

Aber auch von jenen, durch Confluenz entstandenen grössere Plaques von Lichen ruber, die manchmal stärker prominiren und verdickte Hornschichte zeigen, konnten die Knoten der beiden letzten Fälle leicht differenzirt werden, indem sich letztere deutlich als buckelige Einzelefflorescenz mit runder Begrenzung erkennen liessen, während erstere eine polygonale Begrenzung und facetirte Oberfläche zeigen.

Gegen Prurigo sprach die Grösse der Knoten, das Fehlen der typischen Localisation und die verlässliche Anamnese und somit kamen nur noch jene Hauterkrankungen in Betracht, welche mit Tumorbildung einhergehen.

Diesen Erkrankungen gegenüber war im Allgemeinen die Umgrenzung der einzelnen Knoten eine zu wenig scharfe, ferner deren Oberfläche verdickt, während dieselbe bei Fibrom, Myom und Sarcom entweder normal oder häufiger verdünnt, glänzend und gespannt ist, abgesehen davon, dass sich einige dieser Affectionen, so z. B. mutiples Pigmentsarcom durch das Fehlen der braunrothen Farbe oder Mycosis fungoides durch das Fehlen aller übriger zur Charakteristik dieser Erkrankung gehöriger Symptome von selbst ausschlossen.

Histologisch waren die Efflorescenzen leicht als Producte eines entzündlichen Vorganges zu erkennen und in dieser Beziehung unterscheiden sich die histologischen Bilder nur wenig von anderen entzündlichen Dermatosen mit chronischem Verlauf. Die streifenförmige Anordnung der Infiltrate zwischen den zurückgedrängten Cutisbündeln sprach für einen Entzündungsvorgang, namentlich um die Lymph- und Blutgefässe, der mit Rücksicht auf die tief in der Cutis sitzenden Infiltrate die ganze Cutis betraf, wodurch sich der Process von einer Reihe entzündlicher, aber namentlich das oberflächliche Gefässnetz betreffender Hautaffectionen unterschied.

So konnte z. B. mit Rücksicht auf die geringe Infiltration der Papillen auch histologisch Lichen ruber sicher ausge-



schlossen werden. Die Epidermisproliferation mit Verdickung der Hornschichte als Ausdruck einer chronischen Entzündung findet nach Kaposi und Kromeier ihr Analogon bei Psoriasis und chronischem Eczem.

Das kleinzellige Infiltrat liess mit Rücksicht auf die bis jetzt noch hypothetische Stellung der Elemente eine detaillirtere Deutung nicht zu; wobei immerhin zugegeben werden muss, dass für das reichlichere Vorkommen der Mastzellen die von Ehrlich und Westphal supponirten günstigen Ernährungsverhältnisse und reichliche Ansammlung von Ernährungsmaterial durch die chronische Entzündung gegeben war. Das Vorwiegen der rundzelligen Infiltrationselemente erklärte die klinisch constatirte Rückbildungsfähigkeit der Efflorescenzen.

Die Bezeichnung Urticaria perstans papulosa wurde von Kaposi anlässlich einer Demonstration des 1. Falles gewählt und ich fand dieselbe auch in einer Publication Fabry's, welche über einen Fall berichtet, der sich in allen Dingen mit obigen Krankheitsbildern deckt. Es fanden sich bei einer Kranken an den Armen in zählbarer Menge Knoten in gleicher Form und Farbe wie bei den Fällen von Urticaria p. verrucosa, das Bild unwesentlich modificirt durch Excoriationen und Pigmentationen, als Ausdruck eines intensiveren Juckreizes, welcher auch in der Krankengeschichte besondere Erwähnung findet. Auch Fabry gelangte zur Diagnose Urticaria, geleitet durch acute quaddelartige Schwellungen der Gesichtshaut. Die gegenüber obigen Fällen von Fabry vorgefundene äusserst reichliche Rundzelleninfiltration kann durch ein anderes Stadium der excidirten Quaddel oder durch secundäre Irritation (Kratzeffect) erklärt werden.

Mit Rücksicht auf die bedeutende Epithelhyperplasie und Hyperkeratose erscheint für die beiden letzteren Fälle die Bezeichnung Urticaria perstans verrucosa bezeichnender.

Urticaria pigmentosa.

I. Fall: J. E. Bauernssohn 20 Jahre alt. Die Krankheit begann in den ersten Lebenswochen. Status praesens:

Die Haut am ganzen Körper in ziemlich gleichförmiger, der Rücken, die Brust, die Streckseiten der Extremitäten in etwas stärkerer Weise von Efflorescenzen eingenommen. Dieselben stellen sich dar als linsen-

grosse entweder rundliche oder confluirte, unregelmässig gestaltete Flecke von dunkelbrauner Farbe. Neben diesen an Zahl vorherrschenden dunkelbraunen Pigmentationen, von welchen wieder einige eine flachpapelartige Erhebung zeigen, finden sich in geringerer Zahl unregelmässig begrenzte Pigmentationen von lichterer, mehr gelblichbrauner Farbe. An den unteren Extremitäten sind die Pigmentflecke grösser, meist confluirt und bilden daselbst oft handtellergrosse, durch Confluenz gebildete Pigmentationen. Die Farbe der Efflorescenzen an den unteren Extremitäten eine mehr cyanotische (Stase). Neben diesen Pigmentationen finden sich am Körper und zwar meist an Stellen, welche grösserem oder geringerem Drucke ausgesetzt sind, so ad nates, am Halse entsprechend dem Hemdknopfe, in der Lendengegend Efflorescenzen von lebhaft rother Farbe und quaddelartiger Beschaffenheit. Diese quaddelartigen Erhebungen finden sich zum Theil an noch normalen Hautstellen, oder aber an Stellen, die bereits pigmentirt erscheinen, zum Theile findet man lange streifenförmige Röthungen, die dann einer Urticaria factitia entsprechen, welch' letztere ebenso wie die urticarielle Reizung der Pigmentflecke jederzeit durch leichte mechanische Insulte hervorgerufen werden kann. Beide Handrücken und das untere Drittel der Vorderarme zeigen eine diffuse, blaurothe, cyanotische Farbe von, der Zeit und Localisation nach wechselnden cinnoberrothen Flecken durchsetzt, welch' letztere ebenfalls auf mechanische Insulte oder Kälteeinwirkung deutlicher hervortreten oder an Grösse zunehmen.

Gesichtshaut vollkommen normal; geringer Juckreiz an den gerötheten Stellen. Otitis media exsudativa chronica.

Zur Untersuchung wird eine sepiabraune, leicht elevirte Efflorescenz excidirt.

II. Fall: M. R. 42 Jahre alte Private. Die Hauterkrankung besteht nach den Angaben der Patientin 8—10 Jahre, doch sollen früher bereits einige grössere „Flecke" bestanden haben.

Status praesens: Am linken Vorderarm linsengrosse oder confluirte, grössere, unregelmässig begrenzte Efflorescenzen von der Farbe und Beschaffenheit der Urticariaquaddeln. Manche dieser Efflorescenzen zeigen ein mehr cyanotisches, manche ein bereits mehr braunrothes Centrum. Neben diesen lebhaft rothen und elevirten Stellen finden sich am ganzen Körper zerstreut Pigmentationen theils von brauner, theils von mehr gelbbrauner oder gelber Farbe. Diese Pigmentationen nehmen die Beuge- und Streckseiten der Extremitäten in gleicher Weise ein, finden sich über beiden Mammae und am Abdomen und liegen im Niveau der umgebenden vollständig normalen Haut. Nicht befallen erscheinen die Handteller, die Halshaut und wenig betroffen ist die Rückenhaut. Gesicht, beiderseits eingenommen von ähnlichen, weniger stark pigmentirten Flecken. Urticaria factitia. Kein Jucken, Geschwister gesund.

Beiden Fällen sind gemeinsam Symptome der Urticaria und Pigmentationen.

Zur ersten Symptomengruppe gehören eine deutliche Urticaria factitia, entstehend nach leichten mechanischen Insulten (Hemdknopf, Kleiderfalten) oder nach Einwirkung von kälterer Aussentemperatur.

Ausser diesen Symptomen einer gesteigerten Gefässerregbarkeit finden sich in beiden Fällen Urticariaquaddeln, theils in normaler Haut, theils gebunden an bereits pigmentirte Stellen.

Die Pigmentationen selbst sind meist von dunkelbrauner Farbe, an den unteren Extremitäten leicht bläulichbraun, mit oder ohne flachpapelartiger Erhebung der betreffenden Stelle. Ausser diesen sepiabraunen Flecken finden sich Abstufungen zu mehr gelblichbraunen und endlich gelben Flecken, sämmtliche Pigmentationen sich durch das Fehlen der rothen Componente von den Efflorescenzen der Lues unterscheidend. Urticariaquaddeln mit cyanotischem, oder bereits braunrothen Centrum vermitteln den Uebergang der ersten Symptomengruppe in die zweite.

Die Affection bestand im ersten Falle seit den ersten Lebenswochen, im zweiten Falle angeblich erst 8—10 Jahre, allerdings mit dem Zusatz, dass früher nur einige „grössere Flecke" vorhanden waren. Die Juckempfindung war in beiden Fällen eine geringe. Excoriationen und zerkratzte Quaddeln fehlten in beiden Fällen.

Durch obige Symptome erscheinen beide Fälle genugsam als Urticaria pigmentosa charakterisirt.

Diese Erkrankung wurde 1869 zuerst von Nettleship beschrieben; durch mehrfache casuistische Beschreibungen (Tilbury Fox, Kaposi, M. Baker, Crocker, Pick, Lewinski, Elsenberg, Baümer u. A.) und Monographien (Unna, Paul Raymond) wurde das Krankheitsbild vervollständigt, und erscheint heute bereits als eine Form der Urticaria in die Lehrbücher der Hautkrankheiten (Kaposi, „Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten") aufgenommen.

Zu diesen exacten Beschreibungen könnte aus obigen Beobachtungen nur ergänzend hinzugefügt werden, dass sich die Erkrankung über das 20. Lebensjahr hinaus, ja selbst im 42. Lebensjahre noch findet. Aus der Angabe der Patientin, dass die Krankheit erst 8—10 Jahre besteht, zu schliessen, dass dieselbe nicht bloss in den ersten Lebenswochen, sondern



auch im späteren Alter entstehen kann, halte ich mit Rücksicht auf den Werth anamnestischer Angaben nicht für angezeigt. Confluirte grosse Pigmentationen (Fall 2) wurden bereits in früheren Beobachtungen beschrieben, dagegen wurde die Haut des Gesichtes gewöhnlich frei befunden, während dieselbe im Falle II von Pigmentationen eingenommen war.

Wenn nun trotz der prägnanten klinischen Erscheinungen obiger Erkrankung eine Uebereinstimmung in der Frage der Urticaria pigmentosa nicht erzielt werden konnte, so hat das seinen Grund einerseits darin, dass unter dieser Bezeichnung Krankheitsbilder veröffentlicht wurden, welche sich bereits klinisch vom Grundtypus entfernten (Fall Doutrelepont, Fabry) andererseits aber hauptsächlich darin, dass die histologischen Untersuchungen direct divergirende Resultate ergeben haben.

Dieser Gegensatz kommt z. B. im Band 34, obigen Archives in den Arbeiten Fabry's und Bäumer's sehr scharf zum Ausdruck und gipfelt in Folgendem:

Kleinzelliges Infiltrat, Fehlen von Mastzellen, Fehlen von Pigment in der Epidermis: Pigmentation bewirkt durch Hämorrhargien der Cutis (Pick, Fabry). Mastzellenansammlung, Pigmentation der Epidermis, Fehlen von kleinzelligem Infiltrat und Blutungen (Unna, Raymond, Elsenberg, Baümer u. A.).

Die histologischen Unterschiede sind so bedeutend, dass man sie schwer durch ein anderes Stadium der excidirten Quaddel erklären kann. Und liesse sich auch bei den Fällen Pick's, die sich klinisch mit dem classischen Bilde der Urticaria pigmentosa decken, unter Berücksichtigung des Umstandes, dass seine Untersuchungen vor dem für diese Erkrankung charakteristischen Befund der Mastzellen (Unna) fallen, an eine hämorrhagische Varietät denken, so können ähnliche Erwägungen bei dem Falle Fabry's, der ausdrücklich das Fehlen der Mastzellen hervorhebt, nicht platzgreifen, zumal sich dieser Fall auch klinisch in einigen Zügen von dem typischen Bilde entfernt. Es wird daher für die Klärung der Frage von grösserem Vortheile sein, die Fälle Pick's und Fabry's als besondere histologische Typen zu betrachten und sie der Bestätigung durch weitere Beobachtungen zu überlassen, als durch Erwei-

terung der Grenzen das in seinem klinischen und histologischen Verhalten heute bereits scharf gezeichnete Krankheitsbild zu verwischen.

Mit Rücksicht auf die Seltenheit der Erkrankung sollte jeder neuen Mittheilung der Zweck zukommen, durch Abbildung des betreffenden Falles die klinische Diagnose der allgemeinen Kritik zugänglich zu machen. In dieser Richtung stellt Tafel VI den wohlgetroffenen Fall I dar, und sind abgesehen von den sepiabraunen, an den unteren Extremitäten mehr cyanotischbraunen Pigmentationen, namentlich die urticariellen Symptome und die Zeichen der vasomotorischen Erregbarkeit an der Brust und an den Händen in der Farbe gut getroffen.

Die histologische Untersuchung der sepiabraunen Quaddel des I. Falles und eines gelblichen Pigmentfleckes des II. Falles ergab einen in den Hauptsachen mit den von Unna, Raymond, Elsenberg und Baümer beschriebenen Befund.

Das histologische Bild war wieder beherrscht von reichlichen Mastzellen, welche durch die intensiv rothe Färbung der Körnung den Schnitten namentlich im subepidermoidalen Antheil ein charakteristisches Aussehen verliehen, aber auch bei der Hämatoxylinfärbung durch den grossen blasigen Kern als eine von den gewöhnlichen Infiltrationszellen abweichende Zellgattung imponirten.

Bezüglich der Anordnung der Mastzellen wichen beide Befunde etwas von den früheren ab, insofern ich die dichte Häufung bis zum „Mastzellentumor" nicht vorfand.

Die Mastzellen fanden sich sehr reichlich, folgten meist den Gefässen, namentlich des oberflächlichen Netzes, setzten sich auch in einzelnen Zellreihen in die Papillen fort und fanden sich vielleicht auch hie und da unabhängig von den Gefässen in grösserer Menge im obersten Antheil der Cutis; aber ich vermisste, wenn ich von der Anordnung um die Gefässe absehe, die Anordnung in Form von Säulen und Strängen und die dichte Aneinanderlagerung bis zur gegenseitigen Abplattung der Zellen zur Würfelform.

Diese Anordnung fehlte nicht bloss in den peripheren Antheilen, sondern auch im Centrum der fast vollständig zerlegten Quaddeln.

Ich bezog das Fehlen dieses Symptomes auf das Stadium der excidirten Stücke, von welchen die Pigmentation des zweiten Falles direct im Niveau der Haut gelegen war, während auch die Quaddel des ersten Falles nur wenig prominirte, welche Prominenz, abgesehen von einem später zu erwähnenden Moment, auch histologisch in einer grösseren Mastzellenansammlung ihren Ausdruck fand.

Die Efflorescenz des zweiten Falles befand sich eben nicht auf der Höhe der Entwickelung, sondern in einem Stadium der An- oder Rückbildung. Hierfür ergaben sich auch histologische Momente, nur war deren Deutung in dem einen oder anderen Sinne schwierig.

Neben Mastzellen, deren Kerne durch die Körnung vollständig überdeckt waren, fanden sich Zellen mit deutlichem Kern und geringer Körnung, daneben konnten aber mit Sicherheit auch freie Mastzellenkörner constatirt werden, in unregelmässigen Häufchen oder Streifen angeordnet, oder den oberen Cutisantheil gleichsam diffus „bestäubend“, Körner, die sich auch bei genauer Untersuchung nicht mehr als den oft weit verzweigten Zellenfortsätzen angehörig erwiesen.

Baümer fasst diesen Befund als Symptom der Rückbildung auf. Diese Ansicht hat auch viel Wahrscheinliches für sich, doch lässt sich auch die gegentheilige Ansicht, diesen Befund als Zeichen der sich entwickelnden Quaddel aufzufassen, nicht ohne weiters von der Hand weisen.

Baümer kommt nämlich zu dem Schlusse, dass die Ehrlich'sche Anschauung, wonach Mastzellen aus Bindegewebszellen in Folge Ansammlung reichlichen Ernährungsmateriales entstehen, für die Urticaria pigmentosa vollständig zutrifft. Man kann sich nun vorstellen, dass der entstehenden Quaddel durch die supponirte Ursache mehr Ernährungsmaterial zugeführt wird, als in die Zellen aufgenommen werden kann, womit auch die gleichsam „schleuderhafte“ Form der Mastzellen bei Urticaria pigmentosa übereinstimmen würde, gegenüber jenen ruhiger entstandenen und daher besser gebildeten Mastzellen, welche man z. B. bei Elephantiasis findet. Uebrigens ist diese Frage für den Process nur von untergeordneter Bedeutung.



Die stärkere Elevation der Efflorescenz des I. Falles war, wie schon erwähnt, einerseits bedingt durch eine grössere Ansammlung von Mastzellen, andererseits aber auch durch ein interstitielles Oedem. Und ich konnte in dieser Richtung die Befunde Unnas bestätigen, der eine Rareficirung der Bindegewebsbündel mit Zwischenlücken constatirte und diesen Befund auf das durch lange Zeit recidivirende Oedem zurückführt.

In gleicher Weise wie die übrigen Untersucher fand ich reichliche Mastzellen auch längs der tieferen Gefässe, um die Follikel und Schweissdrüsen, zu gleicher Zeit mit einer Vermehrung der spindeligen Elemente namentlich um die Gefässe, zu welcher sich auch mononucleäre Elemente in nicht sehr grosser Anzahl gesellten.

Wenn ich in meinen Fällen trotz der fehlenden Anordnung in Säulen und Strängen, die Mastzellen für das histologische Bild und für den Process als charakteristisch ansehe, so geschieht dies einerseits wegen der grossen Zahl der Zellen namentlich im Bereich des subepidermoidalen Gefässnetzes, andererseits wegen der Constanz, mit welcher die Zellen von den meisten Untersuchern bei dieser Erkrankung gefunden wurden; ich schliesse mich bezüglich der Entstehung der Mastzellen der oben erwähnten Ansicht Baümer's an, welcher dieselbe auf reichliche Zufuhr von Ernährungsmaterial zurückführt. Diese Ansammlung von Ernährungsmaterial erscheint bedingt durch spontan auftretende oder mechanisch ausgelöste urticarielle Reizung der Efflorescenzen mit consecutivem histologisch zu diagnostizierndem Oedem.

Bezüglich der Bildung des Pigmentes, welches in reichlicher Menge als gelbbraune, lichtbrechende Körperchen die unterste Epithelzellenreihe erfüllt, schliesse ich mich der Ansicht Kaposi's an, welcher glaubt, dass es bei den wiederholten urticariellen Schwellungen der Efflorescenzen nicht bloss zum Austritt von Serum, sondern auch von Blutfarbstoff kommt, und dass somit das Pigment als ein aus dem Blute stammendes aufzufassen sei.

Meiner Ansicht nach lässt sich diese Auffassung der Pigmentbildung histologisch besser stützen als die der autochthonen Bildung. So fand ich in beiden Fällen die Gefässe des



Stratum subepidermoidale strotzend gefüllt, ich fand im obersten Cutisantheil ziemlich zahlreiche, mit Pigmentkörnern erfüllte Zellen und ausserdem auch hie und da kleine Ansammlungen von freien Pigmentkörnern, welche allerdings die Eisenreaction nicht mehr gaben.

Zufolge dieser Auffassung würden die Pigmentzellen der Cutis und die freien Pigmentansammlungen daselbst das Zwischenglied zwischen den ausgedehnten Gefässen und der pigmentirten Epidermis darstellen, während sie von jenen, welche für die autochthone Pigmentbildung sind, als Rückbildungssymptome aufgefasst werden.

Sicher ist, dass in obigen Fällen die klinisch wahrgenommene Pigmentation durch die Pigmentation der Epidermis bedingt war, und nicht durch die in der Cutis gelegenen Pigmentzellen und Pigmentkörner, welch' letztere Raymond für die Pigmentation verantwortlich macht.

Durchtritt von Blutkörperchen oder Blutungen konnte ich in obigen Fällen nicht constatiren.

Am Schlusse erlaube ich mir meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Kaposi, für die Durchsicht der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. IV—VI.

Taf. IV. Urticaria perstans verrucosa.

Taf. V. Schnitt durch eine Efflorescenz von Urticaria perstans verrucosa. Kleinzelliges Infiltrat, gewuchertes Rete Malpighi, verdickte Hornschichte.

Taf. VI. Urticaria pigmentosa.

Die Abbildungen auf Taf. IV und VI stammen aus Kaposi: Handatlas der Hautkrankheiten für Studirende und Aerzte. Verlag von Wilhelm Braumüller. Wien und Leipzig.

Aus der Syphilisklinik der kgl. Charité (Dir. Prof. Dr. Lesser.)

Ueber Exantheme bei Gonorrhoe.

Von

Dr. med. **A. Buschke,**
Assistent der kgl. Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

Wenn auch die Kenntniss der im Verlaufe der Blennorrhoe auftretenden Allgemeinkrankheiten — zumal des Rheumatismus gonorrhoicus — schon lange vor Entdeckung des Gonococcus bestand, so ist doch die ganze Frage auf einen sicheren Boden erst nach dieser Zeit gestellt worden, indem es oft möglich war, in den metastatischen Herden den Gonococcus aufzufinden und so den Causalnexus zwischen Primärerkrankung und Metastase zu erweisen. Allein auch dann noch wurden diese Affectionen lange Zeit in Bezug auf ihre Häufigkeit und Bedeutung unterschätzt. Es ist zweifellos, dass die ganze Forschung in den letzten Jahren in Fluss gebracht worden ist in erster Linie durch die Entdeckung von Leyden, dass sich Gonococcen auf den Herzklappen ansiedeln und zu einer schweren endocarditis führen können, in zweiter Linie durch die Mittheilung von Koenig, die später von Bennecke ergänzt wurde, dass die blennorrhoischen Gelenkkrankheiten doch relativ häufig und oft schwerer Natur sind. Bennecke kommt zu dem Schluss, „dass der Tripper sehr viel leichter als man bisher gewöhnlich anzunehmen geneigt war, seine Eigenschaft als locale Krankheit verliert, dass seine Mikrobien — seien es blosse Gonococcen, seien sie mit anderen pathologischen Organismen vergesellschaftet — leicht in die Blutbahn kommen und an vielen Stellen des Körpers sich festsetzend metastatische Erkrankungen bewirken“.

Immerhin sind die metastatischen Complicationen im Verhältniss zu der Verbreitung der Gonorrhoe glücklicherweise doch relativ selten, am häufigsten die Gelenk- und Sehnenscheiden-Affectionen, seltener schon die Herzkrankheiten und anscheinend am seltensten die Nerven- und Hautkrankheiten. Ueber die ersteren hat Prof. Lesser auf dem letzten Dermatologencongress berichtet. Auf Veranlassung meines Chefs habe ich die andere Krankheitsgruppe — die gonorrhoischen Exantheme — einer literarischen Bearbeitung unterzogen. Die Anregung hierzu boten 2 in der Syphilisklinik der königl. Charité und ein in der Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten beobachteter Fall.

Fall 1. Patient ist der 22 Jahre alte Kaufmann F. W. Mitte November 1896 acquirirte er eine Gonorrhoe mit doppelseitiger Epididymitis; nach Injectionen mit Zinc. sulf., Airol, Itrol, Injectio simplex heilte die Affection, so dass P. Anfangs Februar keinen Ausfluss und keine Nebenhodenbeschwerden mehr hatte.

Anfang Mai — angeblich ohne Neuinfection — entwickelte sich eine frische Gonorrhoe, die vom Arzt zuerst mit Maticoinjectionen, dann mit Itrol behandelt wurde. Es entstand dann eine rechtsseitige Nebenhodenentzündung, die Localtherapie wurde ausgesetzt. Die Hodenentzündung ging dann auf Eiskühlung zurück. Am 31. Mai bekam P. ohne besondere Ursache Schmerzen in beiden Kniegelenken, es bestand zu dieser Zeit noch reichliche Secretion aus der Harnröhre. Am folgenden Tage entstanden Flecke und Knoten auf beiden Armen, wie P. angibt ohne Fieber. Der Arzt verordnete eine mixtura antirheumatica; indessen die Gelenkschmerzen, der Ausschlag nahm zu, so dass P. am 4. Juni 1897 in die Syphilisklinik der Charité sich aufnehmen liess. P. gibt noch an, nie früher an rheumatischen Affectionen gelitten zu haben und will auch sonst stets gesund gewesen sein.

Status.: Patient ist ein blasser, magerer, mässig musculöser Mann.

28/6. 1897. Es besteht ziemlich reichlicher Ausfluss aus der Harnröhre. Der erste Urin ist stark trübe und enthält reichliche Flocken, die zweite Urinportion ist trübe. Mikroskopische Untersuchung des Secretes: Reichlich Eiterkörperchen, wenig Epithelzellen, sehr viel Gonococcen, doppelseitige Nebenhodenentzündung. Die Untersuchung der Prostata ergibt eine Vergrösserung und Schmerzhaftigkeit des rechten Lappens. Nach sorgfältiger Ausspülung, bis die Spülflüssigkeit klar abläuft, Expression der Prostata. Es wird milchiges Secret zu Tage gefördert, das reichlich Eiterkörperchen und wenig Gonococcen enthält. Patient klagt ausserdem über Schmerzen in beiden Kniegelenken, in beiden Fussgelenken, in den Gelenken des Daumens und Zeigefingers der linken Hand. Objectiv ist nur am rechten Kniegelenk eine Veränderung nachzuweisen und zwar ein mässiger Erguss, geringe Kapselschwellung ohne besondere Schmerz-



haftigkeit bei der Berührung und ohne wesentliche Functionsstörung. An den anderen erkrankten Gelenken besteht eine spontane Schmerzhaftigkeit, ohne dass objectiv Veränderungen nachweisbar sind. Patient klagt ausserdem über Beschwerden in der Herzgegend, Oppressions-Gefühl und dumpfe Schmerzen, der Spitzenstoss ist dicht links neben der Mamilarlinie zu fühlen. Die Percussion ergibt, dass die Herzdämpfung nach links bis an die Brustwarze reicht, sonst normal ist. An der Herzspitze ist ein deutliches systolisches Geräusch wahrzunehmen, der zweite Pulmonalton ist verstärkt. Hundert Pulse, der Puls ist klein, die Arterie weich, Puls regelmässig. Die Temperatur beträgt Abends 38·5, die Zunge ist feucht, Allgemeinbefinden relativ gut, Urin enthält keine abnormen Bestandtheile. Die Besichtigung des übrigen Körpers ergibt Folgendes: An den oberen und unteren Extremitäten finden sich sowohl an der Beuge- wie an der Streckfläche in diffuser Weise zerstreut eine grosse Anzahl circa stecknadelknopf- bis linsengrosser urticariaähnlicher Stellen. Es sind flache, hell rothe Papeln, an deren Kuppe ab und zu ein kleines Bläschen sichtbar ist; dieselben fühlen sich polsterartig an, jucken nicht und sind bei der Berührung mässig schmerzhaft. Dazwischen finden sich an den oberen und unteren Extremitäten vereinzelte tiefer in der Haut sitzende Knoten analog den Infiltraten beim Erythema nodosum. Dieselben ragen nur wenig über das Niveau der Haut hervor; die Haut ist an diesen Stellen bläulich roth gefärbt. Die Knoten selbst fühlen sich fest an, sind scharf begrenzt und bei der Berührung ausserordentlich schmerzhaft. Wie Patient angibt, sind Efflorescenzen in dieser Form und gleicher Ausdehnung seit dem 31. Mai vorhanden; dieselben sind zeitweise hier und da verschwunden und an anderen Stellen sind dann wieder neue aufgetreten ohne besondere Ursache. Patient liegt zu Bett, bekommt keine innere Medication, sondern nur zweimal täglich eine Ausspülung der Harnröhre und der Blase mit einer Höllensteinlösung 1 auf 2000, warme Einpackung des Hodens, eine Eisblase auf die Herzgegend und heisse Einpackung der erkrankten Gelenke, feuchte Verbände an den Stellen der schmerzhaften Knoten in der Haut.

29/6. bis 1/7. Die Temperatur steigt, wie die Curve ergibt, in den folgenden Tagen staffelförmig, so dass sie am 1. Abend 40·3 erreicht; dabei sind die Schmerzen in den Gelenken constant geblieben, ab und zu treten in anderen Extremitäten-Gelenken ohne besonders nachweisbare Veränderungen dumpfe Schmerzen auf, die dann wieder sich verlieren. Auch in der Musculatur des Rumpfes und der Extremitäten klagt Patient über vage umherziehende, nicht genau zu localisirende Schmerzen. Die Eruptionen in der Haut haben sich nicht wesentlich verändert, hie und da sind und zwar nur an den Armen neue Papeln und an beiden Oberschenkeln circa in der Mitte der Hinterfläche, rechts einer und links zwei schmerzhafte tiefere Knoten analog den anderen aufgetreten. Im Secret der Harnröhre finden sich mässig reichliche Gonococcen, der übrige Befund ist unverändert.



2./VII.—6./VII. Die Temperatur fällt in den nächsten Tagen, sie beträgt Morgens meistens 36·5 und nur am 6. Morgens 37·6 und steigt Abends immerhin bis über 39·1, am 4. bis 38·0 und am 5. bis 38·8 und am 6. bis 38·1.

In diesen Tagen klagt Patient häufig über Schmerzen in der Gesichts- und Kopfmusculatur und Schmerzen im Kehlkopf beim Schlucken. Das Exanthem blasst ab; an den Stellen, wo es bestanden hat, schuppt die Haut etwas und ist wenig pigmentirt. Die Secretion aus der Harnröhre hat abgenommen, die zweite Urinportion ist fast klar, im Harnröhrensecret wenig Gonococcen, der Befund an der Prostata ist unverändert, ebenso am Herzen. Die Schwellung im rechten Knie ist geringer und die Schmerzhaftigkeit in allen erkrankten Gelenken hat abgenommen. Behandlung unverändert.

7./VII. Morgens 36·1, Abends 39·6. In beiden Kniegelenken und Fussgelenken wieder heftige Schmerzen, ausserdem Schmerzhaftigkeit und Schwellung des linken Ellenbogengelenks. Gleichzeitig sind neue Eruptionen in der Haut der oberen und unteren Extremitäten aufgetreten, und zwar hauptsächlich in der Gegend der linken Schulterregion eine Anzahl urticaria-ähnlicher Papeln und ein tieferer Knoten und an den unteren Extremitäten rechts an der Vorderfläche des Unterschenkels und links dicht oberhalb des Kniegelenks vorne je zwei circa zehnpfennigstückgrosse Erythema nodosum ähnliche schmerzhafte Knoten. Die Herzsymptome sind unverändert, das Allgemeinbefinden nicht wesentlich verschlechtert. Bis zum 10./VII. fällt die Temperatur, wie die Kurve ergibt, allmälig ab, bis sie an dem letzten Tage 37·6 beträgt, die Morgentemperaturen sind, wie meistens normal; das Exanthem blasst allmälig ab, so dass schliesslich an den Stellen, wo die oberflächlichen Papeln gesessen haben, nur noch eine schwach bläuliche Pigmentirung zu sehen ist, und die tieferen Infiltrate bis auf kleine Reste geschwunden sind. Die Gesichts- und Kehlkopfschmerzen sind verschwunden, die Schmerzen in den übrigen Gelenken sind geringer geworden, der Erguss im rechten Kniegelenk völlig verschwunden, der Nebenhoden ist nicht mehr schmerzhaft, man fühlt nur noch einen Knoten im Schwanz des rechten Nebenhodens, sehr geringer Ausfluss aus der Harnröhre, keine Gonococcen, die zweite Urinportion ist klar. Prostatabefund nicht verändert.

11./VII.—21./VII. In dieser Zeit gestaltete sich der Verlauf so, dass 3 Perioden zu trennen sind, und zwar vom 11.—14., vom 14.—18. und vom 18.—21. Die einzelnen Perioden sind durch einen plötzlichen Abfall der Abendtemperatur von einander getrennt, während die Morgentemperaturen meistens etwas über 36·0 und nur wenig über 37·0 betragen. Jeder neue Aufstieg der Temperatur ist nun von neuen Gelenkschmerzen und dem Auftreten neuer Exanthemstellen begleitet. Am 13./VII. traten Schmerzen im linken Kiefergelenk auf: die Schmerzen in den Fingergelenken sind geschwunden und ebenso die Schmerzen in beiden Fussund im linken Kniegelenk. Am 19./VII. tritt wieder eine grosse Schmerzhaftigkeit im rechten Kniegelenk mit neuem Erguss auf und eine starke



Schmerzhaftigkeit des linken Schultergelenks ebenfalls mit geringem Erguss, das linke Ellenbogengelenk ist völlig frei. Ausser einigen oberflächlichen Urticariastellen auf der linken Brust und in der Gegend des rechten Schultergelenks ist ein tieferer Knoten an der Streckfläche des rechten Handgelenks plötzlich aufgetreten. Die Herzdilatation hat sich zurückgebildet, der Herzstoss ist links im fünften Intercostalraum etwas nach links von der Brustwarze fühlbar, das Geräusch an der Herzspitze ist deutlich. Im Harnröhrensecret sind wieder einige Gonococcen vorhanden, die zweite Urinportion leicht getrübt. Die Untersuchung der Milz, welche auch vorher schon mehreremals vorgenommen wurde, ergibt keine Vergrösserung.

22./VII. Die Temperatur beträgt Morgens 36·3, Abends 40·2. Eine nochmalige Milzuntersuchung ergibt, dass die Milz heute unter dem Rippenbogen fühlbar ist, also eine deutliche Vergrösserung, welche auch durch die Percussion nachweisbar ist. Das Exanthem ist fast völlig abgeblasst. Die Gelenkschmerzen bis auf eine geringe Schmerzhaftigkeit im rechten Knie und im rechten Schultergelenk geschwunden. Patient erhält von jetzt ab 2mal täglich $^1/_2$ Gramm Chinin. Die Temperatur fällt in den nächsten Tagen, so dass sie am 25. Abends 36·7 beträgt.

26./VII. Die Temperatur steigt plötzlich trotz Chininmedication und beträgt Abends, nachdem sie Morgens 36·1 gewesen war, 40·0. An der Vorderfläche des linken Unterschenkels zeigt sich ein neuerer tieferer Knoten und an der Vorderfläche des rechten Oberarmes mehrere urticariaähnliche Eruptionen. Heftige Schmerzen in beiden Fussgelenken, unter beiden Haken und im rechten Schultergelenk. Patient erhält Chinin in derselben Dosis weiter bis zum 6./VIII. Die Temperaturcurve wird hierdurch insofern beeinflusst, als sie am 27. normal wird. Am 28. aber steigt sie bis fast auf 40·0, von da an sind die Abendtemperaturen mit Ausnahme des 1./VIII. und 3./VIII. über 39·0. Die Morgentemperaturen bewegen sich zwischen 36·0 und 37·0 und die Abendtemperaturen sind am 1. und am 3. 38·4 resp. 38·0. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist während dieser Zeit nicht wesentlich gestört, Appetit leidlich, Schlaf gut. Das Exanthem ist während dieser Zeit vollständig abgeblasst, die Gelenkschmerzen sind an einzelnen Tagen geschwunden, um dann in den erkrankt gewesenen Gelenken bald in diesem, bald in jenem, aber mit verminderter Heftigkeit aufzutreten. Die Milzschwellung ist am 6./VIII. nicht mehr zu constatiren. Die Herzdilatation ist zurückgebildet, aber das systolische Geräusch an der Spitze noch deutlich wahrnehmbar. Patient verbleibt noch bis zum 25./VIII. im Spital; während dieser Zeit hat er noch immer hohes Fieber von demselben Typus wie vorher. Das Exanthem tritt während dieser Zeit nicht mehr auf, die alten Stellen sind völlig zurückgebildet, und nur hie und da ist als Rest etwas bräunliche Pigmentirung der Haut sichtbar. Das rechte Kniegelenk und die Fussgelenke, welche zeitweilig fast völlig schmerzfrei sind, werden von Zeit zu Zeit aufs neue schmerzhaft und zwar meistens bei neuem Anstieg der Temperatur. Aus der Harnröhre entleert sich nur ganz minimales



Secret, welches wenig Eiterzellen, hauptsächlich Epithelzellen und keine Bakterien enthält, aber am 22./VIII. tauchen wieder in demselben ganz spärliche Gonococcen auf. Patient hat in der Zwischenzeit mit einer Höllensteinlösung 1 zu 4000 gespritzt und ist täglich einmal mit einer etwas stärkeren Höllensteinlösung ausgespült worden. Die zweite Urinportion ist dauernd klar geblieben, aber der rechte Prostatalappen ist noch etwas vergrössert, auf Druck wenig schmerzhaft und bei der Expression wird milchiges Secret entleert, das noch reichlich Eiterzellen, keine Bakterien enthält. Am 25./VIII. wird Patient entlassen: er ist in seinem ganzen Ernährungszustande durch das Fieber sehr heruntergekommen, sehr stark anämisch, dabei ist Appetit und Schlaf gut und auch sonst das Allgemeinbefinden gut. An den erkrankt gewesenen Gelenken ist objectiv nichts Krankhaftes mehr wahrzunehmen, dagegen besteht noch in diesen Gelenken eine leise Schmerzhaftigkeit spontan, nicht auf Druck. Deutliches systolisches Geräusch an der Herzspitze, Herzgrenzen normal, Herzthätigkeit regelmässig, aber nicht sehr kräftig. Von dem Exanthem ist nichts mehr sichtbar. Aus der Harnröhre ist Secret nicht mehr zu gewinnen, die erste Urinportion fast klar, zweite Urinportion klar, Prostatabefund wie am 22. Patient soll zu Hause noch mit einer 1% Ichthyollösung spritzen. Nach 8 Wochen circa theilt er mir dann brieflich mit, dass das Fieber noch kurze Zeit gedauert und nun völlig aufgehört, die Gelenkschmerzen geschwunden wären, Beschwerden von Seiten des Herzens wären nicht aufgetreten und er hätte sich erholt. Flecken auf der Haut hätten sich nicht mehr gezeigt. Der Tripper soll geheilt sein. In Bezug auf die weitere Untersuchung des Patienten ist noch Folgendes nachzutragen:

Das Blut des Patienten wurde auf Gonococcen mikroskopisch und culturell untersucht, und zwar wurden am 7/VII., 11/VII., 15/VII., und 20/VII. Blutproben entnommen, indem eine Pravaz'sche Canüle in eine Hautvene am rechten und linken Arm eingestochen wurde. Es wurde auf diese Weise jedesmal circa ½ Cubikcentimeter Blut aspirirt und hiervon Culturen auf Ascites agar, der vorher auf seine Güte geprüft war, gemacht.

Ausserdem wurden jedesmal circa 30 Ausstrich-Apparate bakteriologisch untersucht, beides mit negativem Resultat. Die sonstige Blutuntersuchung ergab normalen Befund. Ausserdem wurden am 15/VII. vom linken Oberarm zwei oberflächliche Papeln excidirt, in Alkohol gehärtet und darauf in Serien geschnitten, auf Gonococcen untersucht, ebenfalls mit negativem Resultat. Die histologische Untersuchung ergab ausser einer geringen entzündlichen Infiltration in den tieferen Schichten der Cutis nichts Besonderes.



Epikrise: Der eben geschilderte Krankheitsfall entwickelte sich also in folgender Weise:

Im Anschluss an eine ziemlich lang dauernde Gonorrhoe, vielleicht an eine acute Exacerbation, vielleicht auch an eine Neuinfection anschliessend, entwickelten sich Schmerzen in verschiedenen Gelenken mit Gelenkergüssen, ferner eine Endocarditis an der Valvula mitralis mit Dilatation des linken Herzens. Gleichzeitig entstand ein Exanthem, welches sich zusammensetzte aus oberflächlichen urticaria-ähnlichen Efflorescenzen und tieferen Infiltraten der Cutis und des Unterhautfettgewebes ähnlich den Knoten des Erythema nodosum. Ausserdem trat zeitweilig eine Milzschwellung auf. Der Verlauf gestaltete sich ziemlich chronisch, indem die Gelenk- und Hauterscheinungen zeitweise nachliessen, um dann von neuem wieder aufzutreten. Fast regelmässig war die Steigerung der letztgenannten Symptome von einer Steigerung des Fiebers begleitet. Die Gonorrhoe war ebenfalls sehr hartnäckig, so dass selbst bei der Entlassung des Patienten noch nicht volle Sicherheit über das Verschwinden der Gonococcen bestand. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass von der erkrankten Prostata aus immer wieder eine Neuinfection der Harnröhre stattfand. Wir nahmen nun an, dass der ganze Symptomcomplex durch die Gonorrhoe hervorgerufen worden ist. Die Herzerkrankung und die Gelenkaffection dürften nach dem, was wir über diese Trippercomplication jetzt wissen, wohl ohne Zweifel als gonorrhoische angesehen werden. Est ist wohl ganz ungezwungen bei diesem Befund anzunehmen, dass auch die Hautaffection unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten ist; auch die ganz eigenartige Temperaturcurve, das Zusammentreffen des temperaturanstiegs mit Steigerung der Gelenk- und Hauterscheinungen macht es wahrscheinlich, dass zwischen den Krankheitssymptomen ein innerer Zusammenhang besteht, und dass es sich nicht event. um eine zufällige Complication mit einem Erythema nodosum handelt. Der absolut sichere Beweis hierfür liess sich allerdings nicht bringen. Ein besonderes Interesse beansprucht der Verlauf der Fiebertemperaturen: Das Fieber hatte einen intermittirenden Typus, indem hohe (bis über 40°) Abendtemperaturen mit normalen Morgentemperaturen fast immer ab-

wechselten und mehrere hintereinander folgende hohe Abendtemperaturen abwechselten mit einer Periode von mehreren Tagen, an denen fast normale Abendtemperaturen constatirt wurden. Das Fieber hatte auf diese Weise zeitweise eine grosse Aehnlichkeit mit den Temperaturverhältnissen bei Malaria, indess es reagirte auf Chinin nicht und die mehrmalige Untersuchung des Blutes auf Plasmodien war auch negativ.

Fall II. Patientin ist die 26jährige Köchin F. M. aus Hirschberg.

Die Patientin, welche sonst immer gesund gewesen sein will, erkrankte vor ca. 5 Wochen mit Ausfluss, Schmerzen beim Uriniren und beim Stuhlgang.

Als ich am 9./IX. 1898 die Patientin zum ersten Mal untersuchte, war Folgendes zu constatiren: eitriger Ausfluss aus der Harnröhre mit massenhaft Gonococcen und Eiterkörperchen, ebenso reichlich eitriger Ausfluss aus der Vagina und dem Cervix ebenfalls massenhaft Gonococcen. Die Untersuchung des Rectums ergab, dass der untere Theil der Rectalschleimhaut stark geröthet ist und kleine Erosionen zeigt. Es wird aus dem Rectum spärlich blutig eitriges Secret entleert: in demselben reichlich Gonococcen. Neben der Analöffnung nach hinten links und zwar etwas fingerbreit entfernt von ihr findet sich eine Fistelöffnung, von der die Sonde circa 2 Cm. weit in die Tiefe gegen das Rectum zu führt, ohne in das Rectum selbst hinein zu gelangen. Aus der Fistel entleert sich reichlich eitriges Secret, das auch massenhaft Gonococcen enthält. Es wird ein Stück vom Rande der Fistel excidirt. Patientin wird darauf ausserhalb des Spitals von ihrem Arzt behandelt und zwar mit Injectionen von 1procentiger Protargollösung in die Harnröhre, in's Rectum und in die Fistel. Die Vagina wird mit indifferenten Flüssigkeiten ausgespült, der Cervix mit Aetzung von Chlorzink behandelt. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand sehr wesentlich, die Harnbeschwerden, welche die Patientin gehabt hatte, hörten auf, ebenso die Beschwerden von Seiten des Rectums.

Als Patientin circa 14 Tage später sich in der Klinik wieder vorstellte, war der Befund ungefähr folgender: Aus der Harnröhre lässt sich nur spärlich Secret exprimiren, in welchem sich reichlich Eiterkörperchen und ganz spärlich Gonococcen befinden. Aus dem Rectum entleert sich kein Secret mehr, die Schleimhaut sieht normal aus. Mit der Platinöse wird aus dem Rectum-Innern eine Spur entnommen; darin befinden sich keine Gonococcen mehr. Aus der Fistel, die fast völlig geschlossen ist, lässt sich kein Secret mehr gewinnen, dagegen besteht noch ziemlich reichlicher Ausfluss aus dem Cervix, welcher neben vielen anderen Bacterien Gonococcen enthält. Patientin klagt an diesem Tage darüber, dass sie zeitweise Schmerzen im rechten Fussgelenk hat, ohne dass dort objectiv jetzt etwas Krankhaftes wahrzunehmen ist. Es wird die Behandlung einstweilen in derselben Weise fortgesetzt. 8 Tage später stellt sich die Patientin wieder in der Poliklinik vor. Ohne besondere Allgemeinbe-



schwerden, insbesondere ohne Fiebersteigung, haben sich folgende Erscheinungen entwickelt: Schwellung und Schmerzhaftigkeit beider Fussgelenke. Neben dem rechten Tibia-Fibular-Gelenk zeigt sich in der Haut eine circa markstückgrosse, ziemlich derbe, über dem Knochen verschiebliche, scharf abgesetzte Infiltration der ganzen Haut; die Haut ist an dieser Stelle etwas über das Niveau der Umgebung hervor gewölbt, bläulich-roth gefärbt, die Färbung geht diffuse in die Nachbarschaft über. Eine ganz ähnliche Stelle zeigt sich an dem linken Oberschenkel und zwar dicht oberhalb der Kniescheibe etwas nach links von der Mitte; eine etwas kleinere Stelle von demselben Charakter, circa fünfzigpfennigstückgross, befindet sich am rechten Oberschenkel und zwar in der Mitte der Hinterfläche dicht unterhalb der Glutäal-Falte; alle Stellen sind bei der Berührung sehr schmerzhaft. Die Untersuchung des Herzens ergibt normale Verhältnisse, ebenso die Untersuchung des übrigen Körpers. Der Localbefund an der Harnröhre, Cervix und Rectum, der Fistel, ist gegen das vorige Mal unverändert. Die Patientin wird einstweilen in derselben Weise weiter behandelt und erhält local feuchte Umschläge mit essigsaurer Thonerde. Am 6./X. 1898 wird die Patientin auf Anrathen ihres Arztes in die Syphilisklinik der königlichen Charité aufgenommen. Die Untersuchung an diesem Tage ergibt Folgendes: Blasses, mässig gut genährtes, schwach muskulöses Mädchen. Aus der Harnröhre entleert sich spärlich eitriges Secret, welches wenig Gonococcen enthält. Die Fistel ist bis auf eine kleine oberflächliche Tasche geschlossen. Aus dem Rectum ist kein Secret mehr zu gewinnen und objectiv krankhaftes nicht mehr wahrzunehmen. Es besteht ein ziemlich starker eitriger Vaginal- und Cervical-Catarrh. In dem Cervical-Secret mässig viel Gonococcen. Die Fussgelenke sind beiderseits geschwollen, so dass sich zu beiden Seiten der Knöchel kleine Hervorwölbungen zeigen. Es besteht mässige Schmerzhaftigkeit beider Gelenke beim Gehen und spontan. Am rechten inneren Knöchel besteht eine circumscripte Schmerzhaftigkeit am Knochen. Die Haut ist an dieser Stelle etwas geröthet und geschwollen. In der Haut über dem rechten Tibia-Fibulargelenk, oberhalb der linken Kniescheibe und an der Hinterfläche des rechten Oberschenkels bestehen die oben geschilderten Hauteruptionen unverändert. Temperatur normal, die Untersuchung des Herzens ergibt nichts Abnormes. Der filtrirte Urin enthält kein Eiweiss und Zucker. Patientin wird in derselben Weise wie vorher weiter behandelt und erhält ausserdem Ichthyoltampons in die Vagina. Die erkrankten Gelenke und Hautstellen werden mit feuchten Verbänden von essigsaurer Thonerde behandelt. Unter dieser Behandlung gestaltet sich nun der Verlauf so, dass am 15./X. die Gelenkschwellung vollständig verschwunden ist und auch die Schmerzhaftigkeit der Gelenke. Der Knoten am linken und am rechten Oberschenkel sind in Rückbildung begriffen, kleiner geworden, nicht mehr so schmerzhaft, die Haut ist an diesen Stellen bläulich gefärbt und schuppt etwas. Auch die Knochenschwellung ist geringer und weniger schmerzhaft, dafür hat sich aber an der Streckfläche der rechten Handgelenksgegend ein neuer Knoten ge-



bildet, ungefähr zehnpfennigstückgross von demselben Charakter wie die übrigen. Die Untersuchung des Herzens ergibt nunmehr heute ein deutlich schabendes systolisches Geräusch an der Herzspitze, dasselbe wird von innerer Seite auf eine Perricarditis bezogen, der übrige Herzbefund ist normal. 80 Pulse, Puls weich und klein, Milz nicht vergrössert, Temperatur normal. Eine an diesem Tage vorgenommene, auf Bacterien ausgedehnte Untersuchung des Blutes ergab normale Verhältnisse. Subjectiv klagt Patientin über Schmerzen in der Herzgegend. Gonococcen finden sich nur noch im Cervix spärlich. Behandlung wie vorher.

20./X. Die Hauteruptionen sind völlig geschwunden, ohne Hinterlassung von Spuren. Herzsymptome unverändert, Gelenkschmerzen geschwunden, ebenso Schwellung und Schmerzhaftigkeit am Knochen bis auf einen geringen Rest. Im Cervix noch spärlich Gonococcen, sonst sind Gonococcen nicht wieder aufgetaucht. Das Geräusch am Herzen ist unverändert. Pat. hat heute einen Abort von 1½ Monaten gehabt.

24./X. Neue Hauteruptionen sind nicht aufgetreten. Das Allgemeinbefinden ist gut. Keine Temperatursteigerung. Der Herzbefund ist unverändert. An der Herzspitze ist das systolische schabende Geräusch ungemein deutlich, die Patientin hat häufig unangenehme Sensationen in der Herzgegend, Oppressionsgefühl, geringe Athemnoth, Schmerzen.

Am 24./XI. wird Patientin entlassen. Das systolische Herzgeräusch besteht unverändert. Der zweite Pulmonalton etwas klingend. Sonst keine objectiven Herzveränderungen. Dagegen starke subjective Herzbeschwerden: Oppressionsgefühl, Herzklopfen, Schmerzen, Puls 100, klein, weich, ab und zu unregelmässig. Exanthem ist ohne Spuren verschwunden.[1])

In diesem Fall handelte es sich also um eine acute Gonorrhöe der Urethra des Cervix, des Rectum, mit Bildung einer gororrhöischen Fistel. Im Anschluss hieran entwickelten sich im acuten Stadium der Erkrankung Gelenkergüsse in den Fussgelenken und entzündliche Knoten in der Haut analog denen des Erythema nodosum. Im Verlauf der Affection entstand eine trockene Perricarditis, alles ohne Fieber. Dass die Pericarditis im Zusammenhang mit der Gonorrhoe stand, erscheint im höchsten Grade wahrscheinlich, weil sie sich zweifellos im Verlauf der Beobachtung entwickelt hat und eine andere Ursache nicht aufzufinden war. Aus demselben Grunde erscheint es wahrscheinlich, dass auch die Haut- und Gelenkaffectionen als Folge der Gonorrhoe anzusehen sind.

---

[1]) P. hat sich am 28. Januar 1894 wieder eingestellt. Die Pericarditis war verschwunden. Dagegen bestand eine Endocarditis mitralis. Deutliches systolisches Geräusch an der Herzspitze.

Fall III. Patient ist der 35 Jahre alte Schlächter W. H. Es handelt sich um einen kräftigen, gut genährten musculösen Mann. Derselbe leidet an Epilepsie und nimmt seit $1\frac{1}{4}$ Jahr fortwährend Bromkali in Dosen von $2\frac{1}{2}$ bis 5 Gramm täglich. Darunter sind seine epileptischen Krämpfe geschwunden und während der ganzen Zeit hat er nie Erscheinungen, die auf das Brom zu beziehen sind, an der Haut gehabt. Patient ist sonst immer gesund gewesen. Anfang August acquirirte er eine Gonorrhoe, die zuerst ausserhalb mit Einspritzung von Zincum sulfuricum behandelt wurde. Am 14./IX. 1898 stellte er sich zum ersten Mal in der Poliklinik vor und zwar weniger wegen des Trippers, als wegen einer Hauterkrankung an den unteren Extremitäten. Es zeigten sich nämlich an der Streckfläche des rechten Unterschenkels drei und an der Streckfläche des linken Unterschenkels zwei Knoten in der Haut, welche über ihre Unterlage verschieblich und bei der Berührung sehr schmerzhaft waren. Die Knoten waren ziemlich scharf abgegrenzt, die Haut bläulichroth gefärbt. Ausserdem klagte Patient über Schmerzen in beiden Fussgelenken, ohne dass objectiv etwas Krankhaftes nachzuweisen war. Patient hatte keine Temperatursteigerung, am Herzen nichts Krankhaftes wahrnehmbar. Die Untersuchung der Gonorrhoe ergab folgenden Befund: Aus der Harnröhre entleert sich ziemlich reichlich eitriges Secret, das reichlich Gonococcen enthält. Die erste Urinportion ist trüb mit Flocken, die zweite ist klar. Patient erhält zur Einspritzung $\frac{1}{4}$ Procent Protargol, es wird ihm ausserdem gerathen, das Bromkali eine kurze Zeit auszusetzen, wozu er sich aber wegen der Furcht vor neuen epileptischen Krämpfen nicht entschliessen kann. An den erkrankten Hautstellen feuchte Verbände mit essigsaurer Thonerde.

Am 19./IX. stellt sich Patient wieder vor. Trotzdem Patient das Bromkali in unveränderter Dosis weiter genommen hat, ist das Exanthem geschwunden, die Gelenkschmerzen bestehen noch in geringem Masse. Gonococcen sind im Harnröhrensecret nicht nachzuweisen, die erste Urinportion ist klar und enthält noch einzelne Flocken, die zweite ist klar. Es wird dem Patienten gerathen, Protargol noch weiter einzuspritzen Am 13./X. stellt er sich wieder ein. Wie er berichtet, ist der erste Tripper nach kurzer Zeit geheilt, ebenso die Gelenk- und Hautsymptome völlig verschwunden. In den ersten Tagen des October stellte sich plötzlich zwei Tage postcoitum wieder Ausfluss ein. Zwei Tage später entstanden Schmerzen in den Fussgelenken und eine schmerzhafte Stelle in der Haut an der Innenfläche des rechten Fussgelenks. Diese Symptome bestehen auch jetzt noch. Patient hat die ganze Zeit über Bromkali genommen. Die Untersuchung heute ergibt, dass geringer Ausfluss aus der Harnröhre besteht, mit wenig Gonococcen. Die zweite Urinportion ist trüb. An den beiden schmerzhaften Fussgelenken objectiv nichts wahrnehmbar. Dicht oberhalb des rechten inneren Knöchels zeigt sich ein circa zweimarkstückgrosser, ziemlich derber, über den Knochen verschiebbarer Knoten in der Haut, der bei der Berührung sehr schmerzhaft ist. Der Knoten ist gegen die Umgebung ziemlich scharf abgesetzt, die



Haut an dieser Stelle etwas hervorgewölbt und livide gefärbt, sonst nichts abnormes. Behandlung in derselben Weise fortgesetzt.

24./X. Der Knoten ist fast unverändert bestehen geblieben, ebenso die Gelenkschmerzen. Im Harnröhrensecret noch spärlich Gonococcen, zweite Partie klar, Behandlung fortgesetzt. Die Untersuchung der Ehefrau des Patienten ergibt, dass dieselbe Gonococcen im Cervix hat. Patient gibt trotzdem zu, dass er während dieser Zeit den geschlechtlichen Verkehr nicht aufgegeben hat. 10./XI. Der Knoten ist geschwunden mit Hinterlassung einer minimalen bräunlichen Pigmentirung. Die Gonorrhoe ist fast geheilt: spärliches Secret, keine Gonococcen, zweite Partien klar.

Die vorliegende Beobachtung kann nur in sehr vorsichtiger Weise für die uns beschäftigende Frage mit herangezogen werden; denn der Patient hat gleichzeitig ein Medicament innerlich genommen, was gelegentlich auch Hauterkrankungen hervorrufen kann. Allein die durch Brom erzeugten Hautaffectionen pflegen doch in etwas anderer klinischer Form aufzutreten und ausserdem muss doch bemerkt werden, dass der Patient schon über ein Jahr lang Bromkali genommen hat, ohne Hauterscheinungen zu bekommen. Ausserdem ist das Exanthem verschwunden, trotzdem er Bromkali weiter genommen hat. Wir müssen also die Möglichkeit, dass die Hauterscheinungen, welche in Form eines Erythema nodosum auftraten, wirklich mit der Gonorrhoe in Zusammenhang standen, in Betracht ziehen.

Bei allen drei geschilderten Fällen müssen wir natürlich die Möglichkeit, dass die Gonorrhoe wirklich sich mit einem Erythema nodosum complicirt hat, ebenfalls erwägen, allein der erste Fall ist schon durch seinen ganzen Fieberverlauf so eigenartig, dass er allein schon deshalb in den gewöhnlichen Rahmen des Erythema nodosum nicht hineinpasst. Bei den beiden anderen Fällen ist aber der zeitliche Zusammenfall der Hauterkrankungen mit den Gelenk- und Herzerscheinungen und der Gonorrhoe ein so auffallender, dass es weniger gezwungen erscheint, die Hauterkrankung mit der Gonorrhoe in Zusammenhang zu bringen. Dass es nicht gelungen ist, weder im Blut noch in den Hautefflorescenzen das specifische Gift nachzuweisen, kann dagegen nicht in's Feld geführt werden, worauf ich noch später zu sprechen komme.

Wenn wir uns nun in der Literatur umschauen, nach Beobachtungen, welche den Zusammenhang zwischen Hautkrank-



heiten und Gonorrhoe zu illustriren geeignet sind, so ist der Gedanke, dass der Tripper eine Allgemeininfection des Körpers im Gefolge haben könne und unter anderem auch Hauterscheinungen macht, viel älter als die gute Kenntniss des localen gonorrhoischen Krankheitsprocesses. Damals galt ja die Lehre von der Tripperseuche und erst als man die Gonorrhoe von den anderen venerischen Krankheiten gut sondern lernte, glaubte man, dass er in der That nur eine locale Krankheit darstelle. Ich habe im Anfang bereits auseinandergesetzt, wie sich diese Frage jetzt verschoben hat. In Bezug auf die Hautaffectionen nun ist es interessant, zu erfahren, dass schon 1781 Sellé den Ausspruch that: Ich glaube etc., dass der gonorrhoische Krankheitsstoff resorbirt werden und Gelenkschmerzen und Hautkrankheiten erzeugen kann. Auch der berühmte Chirurg Larrey glaubte schon eine Hautaffection auf Gonorrhoe zurückführen zu müssen. In ähnlichem Sinne sprachen sich gelegentlich einer Discussion im Jahre 1866 in der Pariser Aerztegesellschaft Pidoux, Hervieux, Féréol und später Andere mehr aus. Ich erwähne aus dieser älteren Zeit nur noch die Thesen von Roudaire aus dem Jahre 1870, ferner der These von Bès aus dem Jahre 1872, der Bemerkungen von Cullerier in seinem Buch über die blennorrhoischen Affectionen. Sie erwähnen bereits einschlägige Beobachtungen. Ich will aber auf diese vor der Entdeckung des Gonococcus im Jahre 1879 liegenden Beobachtungen nicht genauer eingehen. Nach dieser Zeit sind eine Reihe von Arbeiten, besonders französischer Autoren, erschienen, welche sich mit diesem Gegenstande beschäftigen. Immerhin ist es keine sehr grosse Zahl von Krankheitsfällen, die — wenn man die ungeheure Verbreitung der Gonorrhoe in Betracht zieht — publicirt worden ist; und von diesen Fällen müssen wir als zweifelhaft noch diejenigen ausscheiden, bei welchen innerlich die bekannten beim Tripper gebräuchlichen Mittel verabfolgt worden sind: Balsamum Copaivae, Cubeben; das Oleum santali macht ja sehr selten Exantheme. In einer französischen Arbeit und zwar der These von Andret aus dem Jahre 1884 wird dieser Thatsache, wie ich glaube, doch in nicht ganz einwandfreiem Sinne Rechnung getragen. Andret kommt zu dem Schluss,

dass die balsamischen Exantheme überhaupt gar nicht so häufig wären, und dass, wenn bei Gonorrhoe und gleichzeitiger Verabreichung von balsamischen Mitteln ein Hautausschlag auftrete, dieser auf die Gonorrhoe und nicht auf das Medicament zu beziehen sei. Diese Schlussfolgerung scheint mir nun nach allen unseren sonstigen Erfahrungen doch nicht zutreffend zu sein, zumal die anscheinend wirklich gonorrhoischen Exantheme unter der verschiedensten äusseren Form auftreten, darunter auch — wie ich weiter unten berichten werde — unter solchen, welche sich zweifellos von den balsamischen Exanthemen sondern lassen. Wie dem auch sei, für die Beurtheilung der ganzen Frage will ich deshalb nur berichtete Krankheitsfälle mit heranziehen, die innerlich nicht behandelt sind. Ich bringe in der Literaturübersicht am Schluss der Arbeit eine möglichst genaue Mittheilung der einschlägigen Arbeiten und führe von den einzelnen Beobachtungen nur soviel an, als zur Klarlegung des Krankheitsbildes mir nothwendig erscheint. Die im Zusammenhang mit Gonorrhoe beobachteten Exantheme lassen sich nach ihren äusseren klinischen Erscheinungen in 4 Gruppen theilen. Die erste Gruppe stellen die einfachen Erytheme nach Art des Scharlacherythemes und allenfalls der Rötheln dar, die zweite Gruppe sind Hautausschläge analog dem Erythema nodosum, die dritte Gruppe umfasst Blutungen und Blaseneruptionen der Haut und die vierte erst in der allerjüngsten Zeit zur Kenntniss gelangte Hautcomplication der Gonorrhoe tritt auf in Form einer zur übermässigen Verhornung führenden Dermatose.

I. Einfache Erytheme.

Von dieser Form sind am meisten Beobachtungen mitgetheilt. Es ist naturgemäss, dass unter diesen sich einzelne balsamische Exantheme finden. In einigen anderen Fällen indess sind zwar zu einer bestimmten Zeit balsamische Mittel verabreicht worden, ohne dass man indessen wegen des in Beziehung dazu späten Auftretens der Exantheme die letzteren in ätiologischen Zusammenhang zu der Medication bringen könnte. Ich will einige nach dieser Richtung hin einwandfreie Fälle referiren.

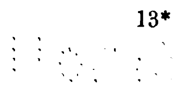
1. Fall. Colombini.

Ein 33jähriger Mann wird am 14./XI. 1893 in die Klinik aufgenommen. Dieser Patient war schon 1889 wegen Trippers, rechtsseitiger Nebenhodenentzündung und gonorrhoischer Gelenkentzündung in derselben Klinik behandelt worden. Damals hatte er trotz innerer Medication keine Hauterscheinungen gehabt. Am 20. October 1893 acquirirte er einen neuen Tripper. Er kümmerte sich zuerst um denselben nicht viel und erst als in den letzen Tagen vor der Aufnahme Gelenkschmerzen hinzutraten, begab er sich in das Krankenhaus. Er will in den letzten Tagen Fieber gehabt haben. Bei der Aufnahme ergab sich ein Erguss in beiden Kniegelenken und Schmerzhaftigkeit im linken Fussgelenk.

14./XI. Temperatur Morgens 38·0, Abends 40·3. Allgemeines Krankheitsgefühl, Opressionsgefühl auf der Brust, starke Kopfschmerzen.

15./XI. Es zeigt sich Morgens an der ganzen Körperfläche mit einigen Ausnahmen ein scharlachähnliches Exanthem von tiefrother Farbe, welches an dem nächsten Tage sich noch weiter ausdehnt, so dass am 16./XI. nur wesentlich Handteller und Fusssohlen frei sind. Es zeigt sich gleichzeitig eine starke Röthung des Rachens, des weichen Gaumens, der Lippe, der Zunge und Schwellung der Milz. Das Fieber blieb in den nächsten Tagen noch bestehen; es war allerdings am 19./XI. Abends auf 38·2 gesunken. An diesem Tage ging auch das Exanthem zurück und ebenso die Gelenkaffection. Am 24./XI. war die Hautröthung ganz geschwunden, die Epidermis schuppte ab und an anderen Stellen zeigten sich zahlreiche miliare Bläschen. Die Secretion aus der Harnröhre war während dieser Zeit unverändert. Das linke Kniegelenk wurde punktirt und mit warmer Borsäurelösung ausgewaschen. Der Tripper wurde mit Einspritzungen von übermangansaurem Kali behandelt. Nach Ablauf der Hautaffection gab Colombini dem Kranken innerlich Cubeben und balsamum Copaivae, ohne dass sich eine Hautaffection entwickelte. Am 22./XII. 1893 verliess Patient gesund die Klinik. In der Gelenkflüssigkeit konnte Colombini durch Cultur und Impfung Gonococcen nachweisen, während die darauf ausgeführte Untersuchung des Blutes und des Bläscheninhaltes negativ war. Colombini kommt auf Grund dieser interessanten Beobachtung zu dem Schluss, dass die bei Gonorhoe beschriebenen balsamischen Exantheme wohl wirkliche Tripperexantheme sind, hervorgerufen durch das Eindringen des Virus in die Blutbahn.

Es handelte sich hier also um ein mit hoher Fiebersteigerung einhergehendes, mit Gelenkerscheinungen complicirtes, immerhin circa 8 Tage andauerndes Erythem im Verlaufe eines acuten Trippers bei einem Patienten, welcher bereits einmal einen Tripper ohne derartige Complicationen überstanden hatte, und der auf innere Darreichung von balsamischen Mitteln keine Hautaffectionen bekam. Eine andere Ursache als die Gonorrhoe war jedenfalls für die Hauterkrankung nicht nachzuweisen.



Ganz analog ist eine Beobachtung, welche Raynaud berichtet.

Es handelt sich um einen 17 Jahre alten Mann, welcher am 18./V. 1887 ins Hospital kam mit einer Hautaffection, welche bestand aus röthelnartigen Flecken auf dem Gesicht, den Armen, der Brust, den Rücken und den unteren Extremitäten. Eine gleiche ähnliche Röthung besteht im Rachen, auf dem Gaumensegel und den Lippen, dabei kein Fieber und keine allgemeinen Beschwerden. Patient hat ausserdem einen Tripper seit circa vier Wochen. Er hat kein inneres Medicament genommen; nach fünf Tagen ist der Ausschlag verschwunden.

Eine zweite Beobachtung von demselben Autor ist nicht verwendbar, weil der Patient innerlich Cubeben genommen hatte.

Eine dritte Beobachtung mag hier noch referirt werden von Ballet.

Ein 32jähriger Mann bekommt im November 1881 eine Gonorrhoe, Mitte Jänner 1882 eine Nebenhodenentzündung. Während der Dauer dieser Complication wird der Tripper unbehandelt gelassen, der Ausfluss wird reichlicher. Am 13./II. bekommt der Patient Fieber, Kopfschmerzen, Nasenbluten, während die Nebenhodenentzündung zurückgeht. Am 14./II. beträgt die Abendtemperatur 40·5, am 15./II. Abends 39·2, am 16. bekommt Patient einen scharlachähnlichen Ausschlag auf dem Bauch, der Brust, Armen, Oberschenkeln und im Gesicht. Die Temperatur beträgt Abends 39·1. Schon nach 24 Stunden ist der Ausschlag verschwunden und in den nächsten Tagen schuppt die Haut stark ab und die Temperatur fällt auf 37·5 Abends. Im weiteren Verlauf tritt dann Heilung ohne weitere Complication ein.

Ganz ähnliche Beobachtungen werden von Andret, Perrin, Voiturier, Meissonier berichtet. Bei dem letzteren Erythem ist bemerkenswerth, dass es stark juckte, und dass sich auch zahlreiche Bläschen bildeten, was bei den sonstigen Beobachtungen nicht besonders referirt wird. Weitere Beobachtungen stammen noch von Mauriac, Ménard, Mesnet. Dieselben bringen weiter nichts neues zu dem Krankheitsbild, weswegen ich sie eben nur anführe.

Den Uebergang zu der nächstfolgenden Gruppe der papulösen und nodösen Form bildet eine Beobachtung von Molènes.

Ein 30 Jahre alter Mann kommt am 15./IX. in die Behandlung wegen eines Trippers mit rechtsseitiger Nebenhodenentzündung. Es wird ihm Ruhe, Kataplasmen, äusserlich Belladonna Salbe und ein leichter Abführmittel verordnet. Nach circa 14 Tagen war die Nebenhodenentzündung bis auf einen Rest verschwunden, aber der Ausfluss noch sehr bedeutend, und es bestand ein Blasencatarrh. In der rechten Hüftregion besteht eine schmerzhafte ungefähr haselnussgrosse Leistendrüse. Patient bekam nur einen diuretischen Thee und dann warme Einspritzung in die Harnröhre von Sublimat 1 auf 1000 und kein balsa-



misches Mittel innerlich. Die Erscheinungen des Trippers und des Blasencatarrhs besserten sich allmälig, da bekommt er plötzlich am 11./X. ein scharlachähnliches Exanthem, das sich aus kleinen rothen Flecken zusammensetzt am ganzen Körper. Zum Theil sind es nicht nur Flecken, sondern kleine, etwas hervorspringende Papeln. Im Harnröhrenausfluss finden sich massenhaft Gonococcen. Kein Fieber. Die Untersuchung des Herzens ergibt nichts Krankhaftes. In ungefähr 7 Tagen heilt das Exanthem mit Abschuppung ab. Der Patient bekommt noch experimenti causa innerlich Cubeben, ohne dass sich darnach Ausschlag zeigt. Während allmälig die Symptome des Trippers zurückgingen, klagte Patient am 8. November über Schmerzen im rechten Knie, welche nur sehr langsam zurückgingen.

Hier handelte es sich also um einen Fall, bei welchem im Verlaufe eines Trippers ein zum Theil scharlachähnliches, zum Theil urticariaähnliches Exenthem mit geringen Allgemeinerscheinungen, aber ohne Fieber auftrat. Eine innere Medication als Ursache ist hier anscheinend auch nicht vorhanden gewesen. Ob die Ausspülung der Harnröhre mit Sublimatlösung im Sinne eines reflectorischen Vorgangs herangezogen werden kann, erscheint zweifelhaft; ich komme später auf diesen Punkt noch zu sprechen. Es erscheint in der That wahrscheinlicher, dass es sich hier auch um ein gonorrhoisches Exanthem gehandelt hat.

II. Urticaria und Erythema nodosum.

Die zweite und wichtigste Gruppe repräsentiren diejenigen Fälle, bei denen im Verlauf einer Gonorrhoe urticariaähnliche resp. dem Erythema nodosum analoge Hautaffectionen aufgetreten sind. In diese Gruppe gehören die von uns mitgetheilten Fälle, bei denen es sich zum Theil um mehr oberflächliche papulöse Efflorescenzen, zum Theil um Knoten, welche in der Cutis und dem Unterhautfettgewebe sassen, handelte. Einen ähnlichen Fall berichtet Bergeron.

Ein 21jähriges Mädchen kommt am 10. Mai 1890 wegen einer Gonorrhoe in Behandlung, welche seit 15 Tagen besteht. Vor 3 Tagen bekommt sie Fieber, allgemeines Krankheitsgefühl; die Erscheinungen dauern an und am Tage vor der Aufnahme tritt plötzlich ein Hautausschlag auf. Am Tage der Aufnahme zeigt sich ein ausgedehntes Erythem auf dem grössten Theil des Gesichts, das sich aus kleinen Flecken zusammensetzt. Auf dem Hals, den Vorderarmen, den Händen, der Brust finden sich massenhaft kleine Papeln, hellroth, von ungleicher Grösse, linsen- bis circa fünfpfennigstückgross. Auf dem Bauch sind weniger



und zahlreiche ähnliche Stellen, ebenso auf dem Unterschenkel. Die Rachenschleimhaut ist geröthet, es besteht eine geringe Conjunctivitis, die Temperatur beträgt Abends 39·°. 100 Pulse. Anscheinend besteht nur eine Urethritis gonorrhoica. Unbestimmte Schmerzen in den Gliedern. Das Fieber bleibt in den nächsten Tagen noch auf 38·° Abends und sinkt erst am 13./V. auf 37·5. Am 16./V. ist Patientin fieberfrei und das Exanthem ist unter geringer Abschuppung der Haut geschwunden, die Gonorrhoe dauert weiter.

Zwei ähnliche Beobachtungen von Urticaria ähnlicher Eruption berichtet Mesenet.

Beobachtung von Durante.

Ein 20jähriges Mädchen kommt am 6./I. 1894 ins Hospital. Sie hat bereits im April 1893, am linken Ellbogen, gleichzeitig mit Gelenkschmerzen rothe Knoten in der Haut gehabt ähnlich denjenigen, die sie jetzt bemerkt hat. Die Untersuchung beim Eintritt ins Hospital ergibt, dass sie eine sehr heftige Urethritis und einen Cervixcatarrh hat. Ueber denn Beginn der Gonorrhoe ist nichts sicheres festzustellen. Am 31./XII. erschienen plötzlich mit Fieber und Schmerzen in den Gelenken rothe Knoten ähnlich denen des Erythema nodosum an den Unterschenkeln und den Armen. In den folgenden Tagen kamen noch mehrere solcher Knoten hinzu, auch kleine Papeln auf den Wangen, gleichzeitig bestehen starke Urinbeschwerden und Fieber. Am 6./I. constatirt man auf beiden Wangen rothe Papeln mit kleinen Bläschen, an den Armen und Unterschenkeln finden sich schmerzhafte Knoten. Es bestehen Gelenkschmerzen; die Temperatur beträgt Abends 39·0; ausserdem bestehen heftige Kopfschmerzen, allgemeines Krankheitsgefühl. Urethritis und Vaginitis gonorrhoica, gonorrhoischer Cervixkatarrh. In den nächsten Tagen fällt die Temperatur allmälig ab und das Exanthem ist am 13./I. völlig geschwunden, die Gonorrhoe besteht weiter.

Ganz analog ist eine zweite Beobachtung von Durante und drei von Klippel beobachtete Fälle, in denen ebenfalls acut zugleich mit Gelenkschmerzen Erythema nodosum ähnliche Knoten sich entwickelten, die in wenigen Tagen sich wieder zurückbildeten. Bei allen Fällen bestand ebenfalls Fieber.

Während bei den bisher geschilderten Fällen es sich zum Theil um oberflächliche, zum Theil auch um tiefere Infiltrate der Haut handelte, aber die Hauterscheinungen ziemlich schnell verschwanden, handelt es sich in dem folgenden Fall von Schantz um eine länger dauernde Hautaffection, welche den von uns beobachteten Fällen ähnlich ist.

Ein 21jähriges Mädchen wird am 24./X. 1894 in die Bonn'er Klinik aufgenommen. Sie ist seit zwei Monaten krank, hat Aussfluss aus der Vagina und Schmerzen beim Urinlassen. Seit acht Tagen hat sie das



Auftreten blaurother Flecke auf den Unterschenkeln bemerkt, ungefähr ebensolange besteht Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenkes. Die Untersuchung am 24./X. ergibt: Die Schleimhaut der Vagina, der Harnröhre ist geröthet; in dem entleerten Secret finden sich Gonococcen. An beiden Unterschenkeln bestehen blaurothe, schmerzhafte, circa markstückgrosse tiefe Infiltrate, welche frei auf der Unterlage verschieblich sind; gleiche Efflorescenzen finden sich auf der Streckfläche des rechten und der Aussenseite des linken Fusses und auf der Vorderfläche des linken Knies. Das rechte Kniegelenk ist stark geschwollen, sehr schmerzhaft, deutliche Fluctuation. Die Temperatur ist normal, ebenso der Herzbefund. Patientin erhält Natrium salicylicum innerlich, feuchte Verbände und am erkrankten Knie Puder auf die Erythemfläche; die Vagina wird mit Sublimat-Auspülung, die Harnröhre mit Argentum nitricum-Stäbchen behandelt. Ohne dass jemals Fieber oder sonst eine Complication auftrat, bildeten sich allmälig die Hautaffection und die Erkrankung des Knies zurück, so dass die Patientin am 29./XI. geheilt war.

Hier hatten wir es also mit einem Erythema nodosum ähnlichen Ausschlag zu thun bei Gonorrhoe und hochgradiger Arthritis. Trotz der Intensität der Erkrankung bestand, wie auch in den beiden letzten von uns beobachteten Fällen, kein Fieber. Während die in der ersten Abtheilung dieser Gruppe geschilderten Fälle mehr zu den reinen und oberflächlichen Erythemen der ersten Gruppe sich eher hinzugesellen, lässt sich diese letztere Beobachtung zusammen mit unseren Fällen am besten als Erythema nodosum gonorrhoicum bezeichnen.

III. Haemorrhagische und bullöse Exantheme.

Wir kommen nunmehr zur dritten Gruppe der im Verlaufe der Gonorrhoe auftretenden Hautaffection. Ich fasse unter dieser Gruppe zusammen diejenigen Hauterkrankungen, bei denen im Vordergrund des Krankheitsbildes Blutungen in die Haut stehen. Ich möchte hier gleich erwähnen, dass überhaupt bei einem Theil der im Verlaufe der Gonorrhoe beobachteten Hautaffectionen nicht immer grade nur eine Art von Hauteruption zu finden war, sondern, dass Erythem polymorph war; am wenigsten gilt dies von der später zu erwähnenden Gruppe der Hyperkeratosen, bei denen lediglich diese eine Hauteruption sich fand. Weniger einheitlich sind schon die beiden zuerst geschilderten Erythem-Gruppen, das einfache Erythem und das papulöse resp. nodöse Erythem. Hier finden sich neben den wesentlich das Krankheitsbild beherrschenden



Hauteruptionen meistens, wenn auch in geringerem Umfange die anderen Erythem-Formen. Ebenso verhält es sich bei der Purpura im Verlaufe der Gonorrhoe. Hier finden sich neben Fällen, bei denen nur Hautblutungen zu constatiren waren, solche, bei denen daneben Erytheme und Blasenbildung constatirt wurden.

Beobachtungen von Finger.

1. Ein 26jähriges Mädchen wird am 1./III. 1880 ins Hospital aufgenommen. Vor 2 Tagen erkrankt sie plötzlich Abends mit Schüttelfrost, Harndrang, Gelenkschmerzen. Am nächsten Morgen entsteht plötzlich an den Beinen ein Exanthem, das sich zusammensetzt aus einer Anzahl von Hämorrhagien. Dieselben sind ungleich gross und schwanken von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Schmerzen in den Fuss- und den Kniegelenken, Urethritis gonorrhoica, keine Temperatursteigerung. Allmälig blasst die Purpura ab und die Gelenkschmerzen verschwinden bis zum 15./IV. Am nächstfolgenden Tage hat die Patientin wieder gesteigerten Harndrang, von neuem Gelenkschmerzen und einen neuen Schub von Purpura ohne Fieber. Bis zum 1./V. verschwinden allmälig alle Symptome.

2. 23 Jahre alter Mann. Aufnahme ins Spital am 25./VI. 1880. Vor 14 Tagen Gonorrhoe acquirirt. In der Nacht zum 23./VI. entstand starke Schmerzhaftigkeit und Schwellung im linken Kniegelenk. Am folgenden Tage traten an demselben Hämorrhagien in der Haut auf.

Bei der Aufnahme wurde eine Urethritis gonorrhoica anterior und posterior, Erguss im linken Kniegelenk constatirt. Temperatur Abends 38·4. An der Streckfläche des linken Oberschenkels finden sich Hämorrhagien von Stecknadelkopf- bis Linsengrösse. Ueber der linken Lunge hinten Knisterrasseln. Bis zum 28./VI. blasst das Exanthem ab und die Schwellung des Kniegelenkes wird geringer.

29./VI. Es treten starke Schmerzen in beiden Fussgelenken auf und Hämorrhagien in der Haut an den Füssen. Es besteht Harndrang; Urethritis und Cystitis noch nicht geschwunden. Es hat sich ohne Temperatursteigerung ein pleuritisches Exsudat entwickelt.

Bis zum 3./VII. hielten die Symptome an, ab und zu traten an den Füssen neue Hämorrhagien auf. Dann verloren sich alle Erscheinungen, so dass Patient am 31./VII. entlassen werden konnte.

3. 23jähriger Mann ist seit dem 6./IX. 1880 wegen Urethritis gon. in poliklinischer Behandlung. Am 8./IX. Urethritis post. Am 9./IX. Schmerzen in Gelenken. Am 10./IX. dorsaler Lymphstrang, doppelseitige Leistendrüsenentzündung und zahlreiche Hämorrhagien in der Haut beider Arme. Temperatur Abends 38·4. An den folgenden Tagen stellen sich neue Hämorrhagien an beiden stark geschwollenen Handrücken und den Vorderarmen ein, während an den Oberarmen die alten Hämorrhagien abblassen.



15./IX. Unter Temperatursteigerung traten neue Hämorrhagien in der Haut des Penis auf.

Am 17./IX. zeigen sich neue Hämorrhagien an der Scrotalhaut. Die alten Flecken blassen ab.

20./IX. Die Cystitis ist geschwunden. Heftige Muskelschmerzen. Neue Hämorrhagien an der Vorderfläche beider Knie und am Präputium.

23./IX. Um die Fussgelenke und am Scrotum neue Purpuraflecke.

25./IX. Schwellung und Schmerzhaftigkeit des linken Ellbogengelenks.

7./X. Patient wird fast geheilt entlassen.

Was nun den Zusammenhang der geschilderten Affectionen mit der vorhandenen Gonorrhoe betrifft, so nimmt Finger keine direct specifisch-ätiologischen Beziehungen bei dem Krankheitsprocesse an, sondern glaubt, dass es sich um reflectorische Erkrankungen der Haut handle, wie sie z. B. bei Dysmennorrhoe und anderen Genitalleiden auftreten können.

Zu ganz anderen Schlüssen gelangt Litten auf Grund von fünf Beobachtungen; er glaubt in diesen Fällen einen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Gonorrhoe und der Hautaffection annehmen zu müssen.

1. 21jähriger Mann bekommt nach dreiwöchentlichem Bestehen einer Gonorrhoe Schmerzen im rechten Metatarsophalangealgelenk. Das Gelenk schwoll an, die Schmerzhaftigkeit nahm in den nächsten Tagen zu; dazu trat Schwellung und Schmerzhaftigkeit im rechten Sprunggelenk und eine Schwellung im rechten Kniegelenk. Zu dieser Zeit zeigten sich bereits einige rothe Flecke an den unteren Extremitäten. Temperatur Morgens normal, Abends 38·6 bis 38·9. In den folgenden Wochen bildeten sich unter gleicher Temperatursteigerung zahlreiche neue Purpuraflecke an verschiedenen Körperstellen aus.

Nach ca. 6 Wochen ging schliesslich die Kniegelenk- und Fussgelenkaffection zurück. Die Blutungen recidivirten noch öfter unter Temperatursteigerung. Die Urethritis und Schwellung des Metatarsophalangealgelenks trotzten noch lange der Therapie.

2. 17jähriger Mann bekommt 14 Tage nach Entstehen einer frischen Gonorrhoe mit Leistendrüsenentzündung Schwellung und Schmerzen im rechten Metatarsophalangeal- und Kniegelenk. Unter remittirendem Fieber (Abends bis 38·0) traten an den unteren Extremitäten zahlreiche Petechien auf. In den folgenden Wochen entwickelten sich noch dreimal neue Schübe von Petechien. Schliesslich gingen nach mehrwöchentlichem Bestehen alle Erscheinungen zurück.

3. Dieser Fall ist nicht ganz einwandfrei, weil Patient innerlich Copaiva bekam. Es handelte sich um eine Purpura, welche sich unter Fieber und Gelenkschwellungen entwickelte bei einer frischen Gonorrhoe. Auch hier waren mehrere Schübe der Hautkrankheit zu beobachten.



Von besonderem casuistischem Werth für die uns beschäftigende Frage erscheinen zwei weitere Beobachtungen von Litten, bei denen gleichzeitig mit dem Exanthem eine Endocarditis sich entwickelte.

1. Bei einem 24jährigen Mann entwickelten sich im Verlauf eines sehr hartnäckigen, circa ein halbes Jahr andauernden Trippers Schwellung und Schmerzhaftigkeit im linken Knie- und Metatarsophalangealgelenk der linken grossen Zehe. Unter Temperatursteigerung (Abends zwischen 38·0 und 39·0, Morgens zwischen 37·6 und 38·2) entwickelte sich eine Endocarditis mitralis und Petechien über den ganzen Körper. Nach achttägigem Gebrauch gingen die Erscheinungen zurück, um nach circa 3 Wochen noch einmal in gleicher Weise aufzutreten.

2. Ein 33jähriger Mann, der bereits vor einigen Jahren eine Gonorrhoe und Epididymitis hatte, acquirirt einen zweiten Tripper und bekommt circa nach 8 Wochen Arthritis im rechten Knie- und Fussgelenk. Im weiteren Verlauf nehmen unter Temperatursteigerung (Abends bis 39·0) die Gelenkaffectionen an Intensität zu und es entwickelte sich eine Endocarditis mitralis und Milzschwellung. Gleichzeitig entwickelte sich Hämaturie, im Urin war ausserdem albumen und Cylinder nachweisbar. Herzdämpfung verbreitert; systolisches Geräusch an der Spitze und auf dem Sternum. Schon im Beginn der Erkrankung waren um die erkrankten Gelenke herum Petechien aufgetreten. Während eines Zeitraumes von 40 Tagen traten dreimal Schübe von Nieren- und Hautblutung auf. Der Patient hatte zwar Salicyl innerlich bekommen, aber bei der Schwere der Erscheinungen, dem Zusammentreffen von Haut, Nieren, Herz- und Gelenkaffectionen dürfte die gonorrhoische Natur derselben wohl als höchst wahrscheinlich anzunehmen sein.

Für die ev. Genese der hämorrhagischen Hauteruptionen im Verlaufe schwerer Complicationen der Gonorrhoe mag folgende Beobachtung von His angeführt werden:

Ein 19jähriger Mann erkrankt Mitte Februar 1892 an Tripper, Heilung nach 3 Wochen durch Sublimatinjectionen. Am 26./III. recrudescirt die Gonorrhoe. Patient bekommt Schüttelfrost und am 29./III. zeigen sich über den ganzen Körper rothe Flecken, die auf Druck verschwinden. Am 6./IV. Temperatur Morgens 40·5. Der ganze Körper mit Ausnahme der Fusssohlen, Handteller und des behaarten Kopfs ist mit rothen, flacherhabenen Flecken (Papeln) bedeckt, die zum Theil hämorrhagisch sind. Geräusch an der Herzspitze, am stärksten an der Aorta. 104 regelmässige Pulse. Im Urin kein Albumen. Einen Tag vor dem Exitus treten Hämorrhagien an den Augenlidern, dem Stamm, den Gliedern, Oedeme an den Malleolen auf. Die Section ergab: Hämorrhagien auf der Pleura, Pericard, Endocard und Peritoneum. Nieren vergrössert, ödematös; in der linken Niere ein weisser Infarkt. In der Milz Infarkte und Hämorrhagien. Thrombosen im plexus pudendus; ulceröse

Endocarditis der Aortenklappen. Hämorrhagien in den Testikeln. In den Thromben und sonst sind Bakterien nicht nachzuweisen.

Dieser Fall dürfte ein Paradigma für die allerschwersten Complicationen bei Gonorrhoe sein. Die Hauthämorrhagien sind hier wohl ebenfalls in embolischer Weise entstanden, analog den internen Herden. Allein es dürfte zweifelhaft sein, ob es sich hier wirklich um eine rein blennorrhagische Affection oder nicht vielmehr um eine secundäre, vielleicht septische Complication der Gonorrhoe gehandelt hat.

Wir dürfen zweifellos den Fall nicht etwa als Typus für die Genese der cutanen Manifestationen bei Gonorrhoe heranziehen, sondern nur als einen und wahrscheinlich den seltenen Entstehungsmodus — den embolischen. In ähnlicher Weise sind andere embolische Vorgänge, die im Verlaufe der Gonorrhoe entstanden, beschrieben, welche sich durch Vermittelung einer ulcerösen Endocarditis entwickelt haben, so von Thomas eine Gehirnembolie mit rechtsseitiger Paralyse im Verlauf einer frischen Gonorrhoe mit Gelenkerkrankung und Endocarditis.

Mehr in die Kategorie der zuerst beschriebenen hämorrhagischen Hautaffection passt ein von Welander berichteter Fall:

Ein 24jähriger Mann bekommt im Anschluss an die erste Gonorrhoe Fieber, rheumatoide Schmerzen und ein theils papulo-erythematöses, theils hämorrhagisches Exanthem. Er hatte damals aber Copaiva und Chinin bekommen, so dass die Affection im Sinne einer blennorrhoischen Affection nicht eindeutig war.

Derselbe Patient acquirirt Ende desselben Jahres (December 1893) eine zweite Gonorrhoe. Im Anschluss hieran entwickelte sich (ohne innere Medication) unter hoher Temperatursteigerung bis 41·0, rheumatoiden Schmerzen ein hauptsächlich über den Rumpf und die Extremitäten verbreitetes Exanthem. Dasselbe ist zuerst theils papulös, theils vesiculös, indem die Papeln auf der Höhe theils grössere, theils kleinere Blasen aufweisen. Im weiteren Verlaufe gesellen sich dann Hämorrhagien auch auf der Schleimhaut des Mundes, der Conjunctiva hinzu. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Endocarditis (blasendes, systolisches Geräusch an der Herzspitze), Vergrösserung der Milz, Nephritis (Albuminurie), hyaline Cylinder im Harn. Das Exanthem blasste dann ab und an anderen Stellen entstanden neue Schübe von Hauteruptionen gleichen Charakters, meistens unter hohem Anstieg der in den Zwischenzeiten normalen oder nur wenig erhöhten Temperatur. Die ganze Affection dauerte circa 4 Monate, das Fieber hatte einen deutlich intermittirenden Charakter. Patient wurde dann geheilt entlassen.

Der ganze Fall erinnert in Bezug auf seine Allgemeinerscheinungen, die Chronicität des Verlaufs, den Fiebertypus,



die Milz- und Herzaffection ausserordentlich an den ersten von uns geschilderten Fall. Während es sich bei uns um eine dem Erythema nodosum mehr analoge Affection handelte, bestand hier ein hämorrhagisches und papulo-vesiculöses Exanthem. Die Untersuchung der Blasen und des Blutes auf Gonococcen und andere Bakterien war negativ.

(Fortsetzung folgt.)

Vaccina generalisata und deren Pathogenese.

Von

Professor Dr. **Alex. Haslund**,
Kopenhagen.

Die Krankheit Vaccina — darüber zweifeln wohl heutzutage nur wenige — ist eine durch Ueberführung auf Thiere gemilderte und abgeänderte Form von den echten Variolae. Englische und deutsche Autoren halten fest an der Identität, währenddem in Frankreich eine Reihe von Männern mit Chauveau an der Spitze behaupten, es seien zwei verschiedene Krankheiten. Leider ist die der Krankheit zu Grunde liegende Mikrobe trotz eifrigen Suchens (von Pfeiffer, Buist, Gerstäcker u. v. A.) noch nicht gefunden worden; sobald dies gelingt, wird die Frage ja entschieden sein. Währenddem Guarnieri, Monti, Jackson-Clarke, Sicherer u. A. eine Protozöe als Ursache der Variolae gefunden zu haben meinen, behaupten Unna, Leoni, Ferroni, Massari und Salmon[1]) die gefundenen Protozöen seien nur als Reste von vielkernigen Leukocyten zu betrachten, die in das Innere von Epithelzellen eingedrungen sind. Man darf hoffentlich erwarten, dass die Identitätsfrage binnen Kurzem gelöst wird, nachdem die Technik der Färbungsmethode der Mikroben ja grosse Fortschritte macht.

Vorläufig muss man sich daher mit den Resultaten derjenigen Experimente begnügen, die gemacht worden sind, um über dieses Verhältniss in's Klare zu kommen, aber leider

---

[1]) Annales de l'institut Pasteur 1897, pag. 289.

stehen diese in einem grossen Gegensatz zu einander, und obwohl die meisten Experimentatoren zu der Ueberzeugung gekommen sind, dass die zwei Krankheiten durch dasselbe Virus hervorgerufen werden, so gibt es doch auch andere Forscher, wie Chauveau, Juhel-Rénoy und Dupuy, denen es nie gelungen ist, Variolalymphe einzuimpfen, ohne dass Variolae gekommen sind, oder wenigstens eine Morphe, die mit einer Vaccinenblase nichts gemein hatte.

In der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts zweifelte beinahe Niemand an der Identität, nachdem Numan aus Utrecht im Jahre 1825 gezeigt hatte, dass, wenn man den Inhalt einer Variolablase eines Menschen in den Euter einer Kuh einimpft, daraus eine Vaccine entsteht, die durch fortgesetztes Einimpfen anderer Kühe lange Zeit erhalten werden konnte. Verschiedene Forscher wiederholten diesen Versuch mit demselben Resultat, und man meinte dies als Thatsache constatiren zu können, als in den sechziger Jahren die Commission, die die Societé des sciences médicales in Lyon etablirte, mit Chauveau als Vorsitzender, zu dem ganz entgegengesetzten Resultat kam. Der Rapport stammt aus dem Jahre 1865 und in diesem wird Folgendes behauptet:

1. dass die Vaccinelymphe, die Kälbern eingeimpft wird, immer Vaccinepusteln ergibt, während dem

2. die Variolalymphe eine konische oder runde Papel ergibt, die grösser oder kleiner, weniger oder stärker roth ist, einen hervorspringenden Mittelpunkt hat, indem ein kleiner brauner Punkt zu sehen ist, der der Impfungsstelle entspricht. Diese Papel entwickelt sich schneller als die Blase nach der Einimpfung mit Vaccine und wird ohne Krustenbildung resorbirt,

3. dass eine Variolalymphe, die eine Kuh oder ein Pferd passirt hat, und dem Menschen eingeimpft wird, nie Vaccine, sondern nur Variolae ergibt.

Die Auffassung, die der Bericht der Commission aussprach, schien wenigstens in Frankreich eine Zeit hindurch alleinherrschend gewesen zu sein.

Gegen 1880 wird erst die Frage wieder zu erneuerter Erörterung aufgenommen, und deutsche Autoren wie L. Voigt, Bollinger und Pfeiffer behaupten mit absoluter Sicherheit,



eine Impfblase nach Einimpfung von Variolalymphe erhalten zu haben, währenddem dies Warlomont und Berthet nicht gelang, die übrigens das Variolagift durch die Athmungs- und Verdauungsorgane einführten.

Im Jahre 1890 impfte Fischer[1]) ein Kalb mit dem Inhalt einer Variolablase; es zeigten sich in Folge dessen Vaccineblasen und aus diesen wurde eine Impfung eines zweiten Kalbes vorgenommen und wieder mit positivem Resultat; der Impfstoff wurde noch durch zwei Kälber geführt, bevor es einem Kinde eingeimpft wurde; und auch bei diesem zeigten sich typische Vaccineblasen.

Eternot und Haccius machten dieselben Versuche mit genau demselben Resultat, und sie zogen daraus den Schluss, dass wenn Variolae Kälbern mehrere Generationen hindurch eingeimpft wird, dieses sich in Vaccine verwandelt.

Ducamp und Pourquier kamen im Jahre 1893 bei ihren Versuchen zu demselben Resultat, und Freyer sah im Jahre 1896 eine typische Vaccine bei einem Kinde, das mit Impfstoff von einem Kalb geimpft wurde, dem Variolalymphe, die durch drei Kälber passirte, eingeimpft worden war.

Nocard und Leclainche, aus deren grossem Werke: Les maladies microbiennes des animaux[2]) obenstehende Daten hauptsächlich geholt sind, und deren Buch ich mir erlaube jenen zu empfehlen, die sich noch genauer mit den Einzelheiten vertraut machen wollen, sagen Seite 420, dass die Identität der zwei Krankheiten, Variolae und Vaccina beinahe vollständig bewiesen ist; es sind jedenfalls zwei Infectionen, die sehr verwandt mit einander und selben Ursprungs sind.

Dieser Ausspruch ist wahrscheinlich nur aus Rücksicht für Chauveau so vorsichtig formulirt worden, der ja noch immer nicht glaubt, die Identität zugeben zu können.

Mir kommt es als ganz unzweifelhaft vor, dass dasselbe Virus beiden Krankheiten zu Grunde liegt, und dass die Vaccine nur eine gemilderte Form des Variolagiftes oder der Variola-

---

[1]) Münchner med. Wochenschrift 1890, pag. 735.

[2]) Paris 1898.



mikrobe ist; wenn dies nicht der Fall wäre, würde man sich ja auch nicht so leicht die beschützenden Eigenschaften der Vaccine bei Pocken erklären können.

Es ist ein Factum, das schon längst sowohl von Aerzten als auch von Laien bekannt ist, dass auf Basis der Vaccination verschiedene Hautkrankheiten beim Vaccinirten auftreten können, und es sind sicherlich diese Hauterscheinungen, die eine mitwirkende Ursache dazu waren, dass die Vaccination zu verschiedenen Zeiten und in verschiedenen Ländern nur sehr schwer durchdringen konnte und sich nur mit vielen Schwierigkeiten das Recht erobern konnte, als das einzige vorbeugende Mittel gegen eine der ärgsten Infectionskrankheiten. Früher, da man beinahe ausschliesslich humanisirte Lymphe anwendete, geschah es öfters, dass man mit der Vaccine auch andere Krankheiten, sowie Syphilis oder Tuberculose (?) einimpfte; aber glücklicher Weise sind die Zeiten vorüber. In beinahe allen civilisirten Ländern benützt man heutzutage nur Animal-Vaccine, wodurch solche Unglücke verhindert werden können, und die Gegner der Vaccination haben hierdurch die einzigste reelle Basis für ihre viel zu lange Zeit aufrechterhaltene und unberichtigte Opinion gegen eine für die Menschheit so heilbringend und grosse Wohlthat eingebüsst.

Die Hautkrankheiten, die man nach der Vaccination entstehen sieht, sind in der Regel von so geringer Bedeutung und sind so gutmüthiger Art, dass sie gewöhnlich ohne jede Behandlung wieder verschwinden. Sie sind verschiedener Art, und scheinen verschiedenen Ursprunges zu sein; entweder entstehen sie unmittelbar nach der Einimpfung, im Laufe der ersten 2—3 Tage, oder auch in einem späteren Stadium, wenn die Lymphblase sich schon gebildet hat. Sie scheinen also entweder durch den Stich oder Riss selbst hervorgerufen worden zu sein, und müssen in dem Fall als in Folge der Einführung eines fremden Stoffes ausser der Lymphe entstanden, betrachtet werden, oder man muss annehmen, dass sie auf neuropathischem Wege entstanden sind, indem das Individiuum in Folge seiner Constitution mit Hauterscheinungen gegen den Insult reagirt. der ihm durch die Vaccination zugefügt wird. Entstehen sie

während des Floritionsstadiums, so muss man sich eine Resorption des Inhalts der Impfblatter denken, die durch einen mechanischen Insult verunreinigt worden ist; denn die unbeschädigte Impfblase enthält mit Ausnahme der specifiquen pathogenen Mikrobe keine, der man eine solche Autoinfection zuschreiben könnte.

Wie G. Behrend[1]) gezeigt hat, entstehen diese Eruptionen in der Haut entweder als von der Impfstelle selbst ausgehend und sich von dort aus in grösserem oder geringerem Massstabe verbreitend, oder auch an verschiedenen Stellen der Haut, mehr oder weniger von der Region entfernt, wo die Einimpfung vorgenommen worden ist. Wenn sie am Stich entstehen, so kommen sie meistens sehr bald, nachdem dieser gemacht worden ist, und die Efflorescenz zeigt sich dann als ein diffuses entzündetes Hautinfiltrat mit Röthe, Geschwulst, Hitze und Empfindlichkeit, ohne scharfer Begrenzung; sie kann auch wie ein acutes Ekzem aussehen, mit einer rothen Hautfläche, auf der man minimale, stärker rothe Papeln oder Bläschen findet. Es kann ja auch gleichzeitig mit der Vaccination eine Einimpfung von Rothlauf gemacht worden sein, der dann noch vor Ablauf der ersten 24 Stunden zum Ausbruch kommt mit dem Stich als Ausgangspunkt. Einzelne, darunter Pourquier,[2]) haben eine Impetigo contagiosa gleichzeitig mit der Vaccine eingeimpft beobachtet. Diese Classe von Hauteruptionen zeigen sich sicherlich viel häufiger als diejenigen, die an anderen Stellen der Haut, von der Vaccinationsstelle entfernt, auftreten. Auch diese treten sehr verschiedenartig auf. Mitunter sehen sie wie eine sogenannte Roseola vaccinia aus, ein masernförmiges, fleckiges Exanthem, das hauptsächlich am Rumpf zu finden ist, selten an den Extremitäten und gewiss nie im Gesicht. Oder es können erythematöse Flecken in der Haut auftreten, dem prodromalen Exanthem bei Variolae ganz ähnlich (rash). Ab und zu sieht die Efflorescenz wie eine Art Nesselausschlag (Urticaria), aus mit stark juckenden Quaddeln, und mitunter sieht sie dem vielförmigen exsudativen Erythem ganz ähnlich, das sich an den Hand- und

---

[1]) Ueber vaccinale Hauteruptionen. — Berliner klin. Wochenschrift 1887, Nr. 46.

[2]) Annales de dermatol. et de syphiligr. 1889, pag. 584.



Fussrücken localisirt. Man findet auch vesiculöse oder bullöse Eruptionen, die an Herpes erinnern und die stossweise auftreten; währenddem die erste Blase eintrocknet, kommen andere an anderen Stellen und so weiter; dies dauert aber doch selten länger, als bis die Impfblattern eingetrocknet sind.

Eine Form der Efflorescenz, die Behrend nicht gesehen hat und nicht anerkennen will, ist die von den Franzosen angeführte Vaccination, oder, wie sie wohl richtiger heissen sollte, Vaccine généralisée. Dass eine solche Vaccina generalisata existirt, kann nicht bezweifelt werden; wenn Behrend einen solchen Fall gesehen hätte, würde er dessen Realität nicht in Zweifel ziehen. Die Blase sieht gar nichts anderem ähnlich als einer Impfblase und wir kennen keinen anderen blasenförmigen Hautausschlag mit solchen Formelementen. Wenn er nun, um diese anerkennen zu können, die Inoculabilität des Inhaltes der Blase verlangt, so kann dies, von einem streng wissenschaftlichen Gesichtspunkt aus gesehen, wohl erklärlich sein, aber es scheint mir nicht nothwendig zu sein, nachdem die klinischen Symptome und der klinische Verlauf so ganz dem Verlauf der typischen Impfblasen entsprechen. Die Inoculabilität ist übrigens in Frankreich, z. B. von Dauchez und Jeanselme bewiesen worden; Letzterer nahm von einer erwachsenen Frau mit generalisirter Vaccine den Inhalt einer Blase, impfte diesen einem jungen Kalb ein und dieses bekam typische Vaccina; hierauf wurde es einem Kinde mit positivem Resultat eingeimpft.[1])

Es war Raynaud, Dauchez, Hervieux, Jeanselme, Lacour, Gelly, Gaucher und viele Andere, die zuerst Fälle von Vaccine généralisée mittheilten; diese zeichnet sich dadurch aus, dass sich überall auf der Haut Blasen in verschiedener Menge und ganz so aussehend wie die echte Impfblase mit wasserhellem Inhalt, centraler Depression und rothem umgebendem Rand bilden. Die ersten treten gewöhnlich unter Fieberzuständen und allgemeinem Uebelbefinden gleichzeitig oder bald, nachdem sich die Blasen an der Impfstelle zu entwickeln beginnen, auf. Die Eruption kann mit diesen

[1]) Gazette hebdomadaire de medic. et de chirurgie 7. Nov. 1891.

ersten Blasen wieder aufhören; es können aber auch in der darauf folgenden Zeit, wie es scheint, sogar im Laufe von nicht wenigen Tagen immer frische Blasen kommen, so dass man Blasen über die ganze Haut verbreitet finden kann und zwar in sehr verschiedenen Entwicklungsstadien oder zurückgehenden Metamorphosen; wenn dies der Fall ist, findet man, dass das Individuum fortwährend etwas Fieber und Uebelbefinden hat; plötzlich hören diese Zustände aber auf und hiermit auch das Auftreten von neuen Blasen. Diese aberranten Blasen haben, wie gesagt, ganz den Charakter von typischen Impfblasen und ihr Verlauf ist derselbe; sie trocknen ein, es bilden sich Krusten, diese fallen ab und hinterlassen oft eine flache Narbe. Unter diesen Blasen findet man nicht selten abortive Formen, kleinere Blasen ohne centralem Umbo, sowie man auch ganz kleine, nur wenig erhöhte rothe Flecken finden kann, die sich nicht weiter entwickeln, und die als Anfangsstadium der Efflorescenz zu betrachten sind, die sich aber dann nicht weiter entwickelt.

Die Erklärung des Ursprunges dieser aberranten Blasen ist sehr verschieden. Einige meinen, sie seien nur der Ausdruck einer stärkeren Infection als die, die gewöhnlich nur eine Blase an der Impfstelle hervorrufen kann; von dieser aus wird das Virus mit dem Blut- und Lymphenstrome im ganzen Körper herumgeführt, und sei es nun, dass das Gift ungewöhnlich stark ist, oder, was man eher annehmen muss, es beruht auf einer besonderen Empfänglichkeit des betreffenden Individuums, so tritt eine Reaction ein, oder die Krankheitssymptome localisiren sich nicht nur ausschliesslich an die Stelle, wo die Einimpfung stattgefunden hat. Vaccina sieht dadurch mehr ihrer Mutterkrankheit Varcolae ähnlich. Andere dagegen behaupten, dass die zerstreuten Blasen nur als das Product einer Autoinoculation zu betrachten sind, oder eigentlich als secundäre Infection, indem das Gift von der Impfstelle aus entweder durch die Nägel des Patienten oder auch auf andere Art an Hautstellen gebracht wird, wo eine Solutio continui ist, die jetzt mit der specifiquen Lymphe inficirt wird. Andere meinen wieder, dass die Pathogenese der generalisirten Vaccine eine doppelte ist, indem sie theils eine spontane Eruption annehmen und theils eine Autoinoculation.



Nach dem, was ich selbst gesehen habe und nach den Fällen in der Literatur, die ich studirt habe, kommt es mir vor, als ob die erste Erklärungsart die absolut richtige sei; denn dass die aberranten Blasen gleichzeitig mit der Blasenbildung an der Impfungsstelle auftreten und dass das Ganze unter einem Leiden des Allgemeinbefindens vor sich geht, unter Fiebererscheinungen, wie es im Ausbruchsstadium einer jeden acuten Infectionskrankheit der Fall ist, scheint mir nicht anders erklärt werden zu können, als dass es eine spontane Eruption ist, die von „innen" kommt.

Die Unzahl von Blasen, die sich oft bei der Krankheit zeigen, können, wie mir scheint, auch nicht als Ausdruck einer Autoinoculation betrachtet werden. Die Möglichkeit des Vorhandenseins einer solchen kann man wohl a priori nicht beleugnen, da es bei einzelnen Fällen ein Zeitraum nach der Vaccination mit positivem Resultat zu sein scheint, indem das Individuum auf eine neue Vaccination noch reagiren kann; wie gross dieser Zeitraum ist, weiss man nicht bestimmt; es handelt sich hier kaum um mehr als um ein Paar Tage nach der Blasenbildung an der Impfstelle, bis sich die Immunität zeigt. Die Experimente, die gemacht worden sind, um in Bezug auf den Zeitpunkt des Eintretens der Immunität zur Klarheit zu kommen, ergeben ein sehr verschiedenartiges Resultat; währenddem Moneret sagt, dass die Infection des ganzen Organismus von dem Augenblick an vollzogen ist, wo sich die primäre Papel oder Blase zeigt, so hat Aimé Martin zu zeigen gemeint, dass eine Cauterisation der Impfstelle 1—20 Stunden nach der Vaccination vorgenommen, wodurch das Bilden einer Blase verhindert wurde, auch ein positives Resultat einer Revaccination verhindert oder mit andern Worten, er meint, dass die Immunität entweder gleichzeitig oder unmittelbar nach der Einimpfung stattfindet. Chauveau sagt, dass beim Kalb die Immunität am fünften Tag nach der Inoculation stattfindet; nach diesem Tage bekommt man absolut nichts bei einer neuerlichen Impfung. Dagegen ist Hiller bei seinen Versuchen zu dem Resultat gekommen, dass die Immunität erst in der zweiten Woche eintritt, und Sacco behauptet mehr präcis, dass sie vom 11.—13. Tag gerechnet werden kann.

Trousseau gibt gleichfalls an, dass die Immunität mitunter verzögert sein kann, so dass eine secundäre Inoculation bei einzelnen Fällen bis zum 12. Tag gelingen kann.

Wenn nun die drei letztgenannten Autoren recht haben, so ist ein kurzer Zeitraum von dem Augenblick an, dass die Vaccination „angeschlagen hat“, indem es möglich sein kann, dass sich bei demselben Individuum durch Einimpfung des Inhalts der ersten Blasen neue bilden können. Da nun aber die neuen Blasen ja doch eine Incubationszeit haben müssen, die eben so lang ist, wie die der ersten, so können die aberranten Blasen nicht gleichzeitig oder ein Paar Tage nach dem 7. Tag auftreten (die primäre Blase benöthigt ja genau 7 Tage zu ihrer Entwicklung); und gerade das thun sie in den meisten Fällen. Und weshalb bekommen diese aberranten Blasen gerade immer die runde Form wie eine Vaccine- oder Variolablase? Warum nehmen sie nicht die Form eines Risses an, sowie der Nagel gekratzt hat? Dass die Vaccine längliche Blasen hervorbringen kann, oder eigentlich, dass die Blase die Form der Solutio continuii annimmt, in der sie überführt wird, ersieht man ja aus den Blasen in den Hautritzen, die heutzutage bei der Impfung anstatt den früheren Stichen gemacht werden.

Ich meine daher, dass, theoretisch betrachtet, nichts im Wege ist, dass die Blasen durch Autoinocculationen oder secundäre Infectionen entstehen können; aber ich glaube, dass dies in der Wirklichkeit sehr selten vorkommt, und wenn es geschieht, so handelt es sich gewiss nur um eine einzelne oder eine ganz geringe Anzahl von aberranten Blasen.

Ich will daher den doppelten Ursprung der generalisirenden Vaccine absolut nicht beleugnen, aber ich halte an der ersten Erklärung fest, als die einzigste, die am besten im Stande ist, bei vielen Fällen die Phänomene zu deuten, und ich finde, dass die Autoinocculationstheorie erst experimentell bewiesen werden muss, bevor man ihr einen Platz neben der anderen einräumen kann, und dann nur in ganz vereinzelten Fällen.

Die Fälle, die ich gesehen habe, kann ich nur als spontane Eruption erklären, und unter den Krankengeschichten, die ich in der Literatur mitgetheilt finde, scheinen mir die aller-



meisten auf diesen Ursprung zu deuten, selbst wenn sie von den Autoren als Beweis einer Autoinocculation angeführt werden.

Bei vielen diesen Krankengeschichten sind übrigens die Einzelheiten so wenig ausführlich beschrieben, und namentlich das Alte und das Aussehen der aberranten Blasen und der Impfblasen so schlecht beobachtet, dass es unmöglich ist, sich eine deutliche Meinung über den Fall zu bilden.

Wenn Jeanselme[1]) bei seinem Falle, der eine Frau mit Mykosis fungoides war, bei der vom 11. bis zum 14. Tage nach der Vaccination unter Fiebererscheinungen circa 500 Vaccineblasen auf der ganzen Hautoberfläche auftraten, behauptet, es deute auf eine Autoinoculation hin, weil auf dem Theil des Rückens, wo der Patient sich nicht kratzen konnte, keine Blattern waren, und auch keine in den Regionen, wo ein Verband angelegt worden war, so finde ich, dass eine solche Erklärung der Genese so ziemlich unglaublich und unannehmbar ist. Man bedenke, wie oft sie mit ihren Nägeln aus der ursprünglichen Impfstelle neuen Infectionsstoff geholt haben muss, um diesen an 500 verschiedenen Stellen der Haut auf's Neue einzuimpfen! Und weshalb hat sie Fieber während diesen verschiedenen Impfungen? Könnte man dieses nicht ganz einfach als Eruptionsfieber erklären, wie es bei jeder anderen acuten Infectionskrankheit mit Exanthem zu finden ist? Und in Bezug auf das Factum, dass auf den Theilen der Haut, die zugedeckt waren, keine Blasen waren, so kann vielleicht der Umstand, dass das Licht auf diese Theile nicht einwirken konnte, eine gewisse Bedeutung haben, obwohl dieses Verhältniss noch nicht ganz aufgeklärt ist. Das Jucken und das darauffolgende Kratzen braucht ja auch absolut nicht auf eine Autoinocculation zu deuten; man kann sich ja sehr leicht vorstellen, dass das im Blute circulirende Virus sich vorzugsweise an jenen Stellen der Haut localisirt, wo im Voraus eine Irritation ist, ein Verhältniss, wozu man bei anderen Infectionskrankheiten eine Analogie kennt, z. B. bei Syphilis.

Auch bei den 4 von Wetterer[1]) mitgetheilten Fällen kann ich keine Spur eines Grundes zu der Annahme einer Autoinocculation finden; bei allen entwickeln sich unter Fieber-

[1]) Siehe oben.

erscheinungen und allgemeinem Uebelbefinden im Laufe von 4—5 Tagen eine Unzahl von Blasen, am zahlreichsten an jenen Stellen der Haut, wo die Kinder schon vorher eine Hautkrankheit haben. Wie mit einem Schlag hört die Blasenbildung auf und gleichzeitig auch das Fieber; das Wohlbefinden kehrt zurück und wird normal; bei einzelnen Fällen kann man sogar ein deutlich ausgesprochenes Prodromalstadium constatiren, dass doch wohl unerklärlich wäre, wenn es sich um eine Autoinoculation handelte. Und dieses plötzliche Aufhören der Blasenbildung deutet das nicht auch darauf hin, dass das Ganze auf einer allgemeinen Infection beruhe, bei der zu einem gewissen Zeitpunkt der Infectionsstoff sozusagen verbraucht ist? Wenn wir aus der Hautpathologie eine andere Krankheit hervorsuchen, wo eine Autoinoculation unzweifelhaft vorhanden ist, sowie bei der Staphylococcie, so finden wir bei dieser bei weitem kein solches momentanes Aufhören der Inoculationen, sondern sie nimmt allmälig ab, und die letzten Eruptionen werden kleiner und mitunter abortiv.

Und weshalb sind diese Fälle von Vaccina generalisata so selten, wenn die Autoinoculation die häufigste, ja sogar die einzigste Verbreitungsart ist? Man sieht ja sehr oft, dass die primären Impfblasen gekratzt werden und die Finger des Kindes dadurch inficirt werden; warum geschieht denn dann so selten bei diesen Kindern eine Infection an anderen Stellen der Haut? Eine Menge von Kindern mit Hautreizungen und Hautkrankheiten werden ja vaccinirt und bleiben doch von der generalisirten Vaccine verschont.

Englische Autoren (Malcolm Morris, Louis Franck) und einige französische sind auch der Meinung, dass die generalisirte Vaccine eine doppelte Pathogenese habe, während doch die Franzosen eher geneigt zu sein scheinen, die Autoinoculation als diejenige Art anzusehen, durch die die Blasen am häufigsten entstehen (Jeanselme, S. Waïsman, Rinuy, Thibierge).

In Deutschland dagegen scheint man aber geneigt zu sein, die Vaccina generalisata immer als Autoinoculation aufzu-

[1] Ueber Vaccinatio generalisata. Dermatol. Zeitschrift Juli 1898.



fassen, ja Wetterer,[1]) ein Autor, der erst vor Kurzem eine Abhandlung über dieses Thema geschrieben hat, nimmt die erste Art als für absolut undenkbar an. Als Beweis seiner Auffassung, dass die Krankheit immer durch Autoinoculation entsteht, führt er folgende Facta an:

1. Bei allen veröffentlichten Fällen ist vor der Impfung eine juckende Hautkrankheit dagewesen.

2. Die Stelle, wo die Impfung vorgenommen worden ist, zeigt Merkmale, dass die Nägel dort waren.

3. Die nach und nach auftretenden Blasen.

4. Die Blasen kommen nicht an den Stellen, die z. B. mit einem Verband bedeckt sind oder dort, wo sich der Patient nicht kratzen kann.

Nicht ein einziges dieser „Facta" ist meiner Meinung nach reell und seine Behauptung ist daher unhaltbar; ich werde jedes einzelne durchgehen:

ad 1. In der Literatur finden wir mehrere Fälle mitgetheilt, wo der Patient, als er geimpft wurde, keine Hautkrankheit hatte, sowie bei Gaucher's,[2]) bei Darling's[3]) Patient und in dem von Kallischer[4]) mitgetheilten Falle. Nur bei einem einzigen meiner unten mitgetheilten Fälle war ein Hautleiden vorhanden, bevor sich die generalisirte Vaccine zeigte. Aber selbst wenn es der Fall wäre, dass eine andere juckende Hautkrankheit vorhanden sein muss, damit der Patient eine Vaccina generalisata bekommen kann — wie gesagt, ich glaube nicht, dass es nothwendig ist, wenn es auch oft der Fall ist — so beweist die Zeit des Ausbruches der aberranten Blasen bei vielen der mitgetheilten Fälle, dass von einer Autoinoculation gar nicht die Rede sein kann, nachdem eine solche ja erst zu einem Zeitpunkt stattfinden kann, wo die primären Blasen entwickelt sind, also am 7. bis 8. Tage. Bei vielen der mitgetheilten Beobachtungen wird angegeben, dass sich die Blasen gleichzeitig zu entwickeln beginnen, oder gleich Tags darauf, nachdem sich eine Blase an der Impfstelle gezeigt hatte, ja

[1]) Op. cit. pag. 373.

[2]) Annales de dermatol. et de syphiligr., 1891, pag. 72.

[3]) Brit. med. Journal, 13. Decbr. 1890, pag. 1362.

[4]) Viertelj. für Dermat. und Syphil. 1888, pag. 481.

bei Kallischer's Fall begann die Eruption sogar am 4. Tag nach der Impfung. Dass Individuen mit Hautkrankheiten vielleicht leichter eine generalisirte Vaccine bekommen können, lässt sich dadurch erklären, dass die Haut bei solchen weniger widerstandsfähig ist und dass dies vielleicht als ein Glied in der „Disposition“ zu betrachten ist, die bei dieser sowie bei allen Infectionskrankheiten vorausgesetzt werden muss.

ad 2. Man findet an der Impfstelle nicht immer Merkmale, dass die Blattern gekratzt oder zerrissen wurden, bei den meisten mitgetheilten Fällen wird dieses Factum gar nicht besprochen, so dass man die Erlaubniss hat anzunehmen, dass dies gar nicht der Fall war. Bei einigen meinen Fällen zeigten die Impfstellen absolut keine Spur von Kratzen, und die Blasen waren vollständig unbeschädigt.

ad 3. Bei Infectionskrankheiten kommen die Ausschläge nie auf einmal; es dauert gewöhnlich zwei, sogar mehrere Tage, bis sich der Ausschlag über die ganze Haut verbreitet hat, und man sieht sehr häufig, dass der Ausschlag gewöhnlich schon verblasst an den zuerst angegriffenen Stellen der Haut ist, während er an den zuletzt erreichten Orten noch florirt. So verhält es sich bei Masern, Scharlach, Blattern, Röthel und Syphilis; und bei diesen Leiden wird man doch wohl nicht leugnen wollen, dass die Krankheit von einem im Blute circulirenden Virus herrührt. Auch bei Herpes zoster, der jetzt wohl beinahe allgemein als eine acute Infectionskrankheit aufgefasst wird, werden die Blasen nicht an einem und demselben Tag sichtbar; es vergehen oft 3—4 Tage, bis alles, was herauskommen soll, sichtbar ist; und dasselbe gilt von den aberranten Blasen bei dieser Krankheit; man findet sie in sehr verschiedenen Stadien in den verschiedenen Hautregionen. Das „stossweise“ Auftreten der Blasen kann also nicht als Beweis für eine Autoinoculation benützt werden.

ad 4. Dass an den Stellen, wo sich das Individuum nur schwer oder gar nicht kratzen kann, keine Blasen entstehen können, ist auch nicht stichhältig; ich habe Blasen zwischen den Schulterblättern gesehen. Gaucher[1]) hat dies auch bei seinem Falle gesehen, den er in der Société de dermatologie

[1]) Annales de dermatolog. et de syphilog. 1891, pag. 72.



et syphiligraphie am 8. Jänner 1891 mitgetheilt hat). Auch Ledermann bemerkt bei der Sitzung am 9. Jänner 1894 der Berliner dermatologischen Vereinigung,[1]) wo Peter einen fünfjährigen Knaben mit generalisirter Vaccine vorstellte, die angebungsweise durch Autoinoculation des Kindes, das an chronischem Eczem litt, entstanden sein soll, dass bei einem von ihm beobachteten Falle Blasen an Stellen der Haut zu finden waren, wo sich das Kind unmöglich gekratzt haben kann. Er behauptete Peter gegenüber, der nur an eine Autoinoculation glaubte, dass sich die Krankheit nur durch den Blutstrom verbreite. Und mit Rücksicht auf die Frage, warum die Efflorescenz sich an jenen Stellen nicht zeigt, wo die Haut durch einen Verband beschützt ist, und wo sich das Individuum also nicht kratzen kann, so finde ich, dass dies kein Beweis dafür ist, wofür er sein soll. Es kann ebenso leicht so erklärt werden, dass die bedeckte Haut ihre Disposition zu einer spontanen Eruption an dieser Stelle verliert.

Wir sind ja so gut daran, dass die Vaccina ausser beim Menschen auch beim Pferd, bei der Kuh und beim Hunde vorkommt, und an diesen ist es ja erlaubt, weitergehende Versuche zu machen; solche sind nun auch gemacht worden und zwar in grosser Ausstreckung, und wir können eine Menge mit Rücksicht auf die Pathogenese der generalisirten Vaccine aus diesen erlernen.

Die Versuche sind namentlich von Chauveau[2]) gemacht worden und er hat mit seinem gewöhnlichen Scharfsinn Schlüsse gemacht, die von grösster Bedeutung für das Verständniss der Genese sind.

Wenn das Virus in die oberflächlichste Schichte der Haut eingeimpft wird, entsteht, sei es nun beim Pferd, der Kuh oder dem Menschen, die bekannte Blase und in der Regel sonst nichts. Die Immunität tritt sehr bald ein; bei der Kuh am fünften Tage.

Wenn man nun aber das Virus in das subcutane Gewebe einimpft, entstehen hier mehr oder weniger ausgesprochene

[1]) Archiv für Dermat. und Syphilis, Bd. 27, pag. 440.
[2]) vide Nocard et Leclainche: Pag. 489, Pathogenie.

Schwellungen, die zu Beginn recht empfindlich sind. Die Immunität tritt in diesem Falle ebenso schnell ein, wie bei einer cutanen Impfung. Bei jungen Pferden entsteht dann mitunter oft eine generalisirte Vaccine mit rund herum zerstreuten Blasen; dies sieht man nie beim Kalb, und auch nur selten, insofern die wenig zahlreichen Versuche ein Beweis sind, beim Menschen. Das Pferd ist überhaupt das für Vaccine empfänglichste Thier. Wenn man bei diesem Vaccinelymphe in eine Vene oder in ein Lymphgefäss einspritzt oder in die Athmungs- oder Verdauungsorgane einführt, so entsteht am häufigsten generalisirte Vaccine gleichzeitig mit der Immunität. Wenn man den Impfstoff anderen Thieren auf diese Art einführt, kommen weder locale noch generelle Symptome, nur Immunität. Das Virus geht also bei dieser Einführungsart direct oder indirect in das Blut über und wird nun in einem sehr verdünnten Zustand im Organismus herumgeführt, wobei es bei den Empfänglichsten (dem Pferd) eine verbreitete Eruption der Impfblasen hervorruft. Diese Eruption entsteht nach Chauveau nie früher als am 8. Tage, oft später.

Aber können wir denn nicht auch ab und zu beim Pferde generelle Vaccine nach einer cutanen Einimpfung erreichen? Nein, sagt Chauveau, das gelingt uns nicht, weil um die Zeit, da sich eine solche entwickeln sollte, nämlich nach dem 8. Tage, schon eine Immunität besteht, die vom 5. Tage datirt. Wenn man nun, wie Chauveau es bei einem Pferde gethan hat, 24 Stunden nach einer cutanen Einimpfung die Stelle der Haut excidirt, wo diese gemacht worden ist, so bekommt man 15—20 Tage nach der Einimpfung eine generalisirte Eruption. Das Verhältniss ist nämlich dieses, dass bei der cutanen Impfung ein Theil des Virus durch Lymphgefässe absorbirt wird und auf diese Art in den Blutstrom übergeht; ein anderer Theil bildet an der Impfstelle eine locale Cultur, deren klinisches Phänomen die Impfblase ist. Diese Cultur hat die Wirkung, dass sie den ganzen Organismus zu einer Zeit immunisirt, die schon vollzogen ist, wenn das absorbirte Virus erst im Stande ist, eine generalisirte Eruption hervorzurufen.

Man kann also auch das Gesetz so formuliren: damit die generalisirte Vaccine entstehen kann, muss das Virus in den

Organismus eingedrungen sein, ohne die Haut zu passiren, die der anatomische Sitz der Impfblase ist.

Wenn wir nun die Verhältnisse beim Menschen betrachten, so wissen wir ja, dass die Immunität, die in der Regel von dem Augenblicke an eintritt, wo die „Impfblasen anschlagen“, wohl bei einzelnen Fällen etwas verspätet sein kann und dass es auch gelingen kann, ein positives Resultat neuer Einimpfungen bis zum 12., 13. Tage zu erzielen. Wenn wir dann einem Falle von generalisirter Vaccine gegenüberstehen, so kann dies meiner Meinung nach nur dadurch erklärt werden, dass der absorbirte und in die Blutcirculation übergegangene Theil des Virus durch eine an der Impfstelle verspätete Immunisirung im Stande ist, die aberranten Blasen hervorzubringen. Der Grund einer solchen verspäteten Immunisirung kann wohl nur in Verhältnissen gesucht werden, die sich auf das geimpfte Individuum selbst beziehen; es ist kaum anzunehmen, dass die Stärke des Virus irgendwelche Bedeutung habe. Nur bei einem meiner unten mitgetheilten Fälle waren die Impfblasen nach der Impfung nur schwach entwickelt, ein Verhältniss, das meiner Meinung nach für die Theorie der verspäteten Immunität spricht, bei allen anderen Fällen boten die Impfblasen keine klinischen Phänomene, die vom normalen abwichen, dar. Die Fälle, die in der Literatur mitgetheilt sind und von Individuen handeln, die eine sehr verbreitete nässende Hautkrankheit haben, selbst nicht geimpft sind, und durch den intimen Umgang mit einem anderen Individuum, das frische Impfblasen an den Armen hat, von generalisirter Vaccine angegriffen werden, sind ja viel leichter durch obenstehende Theorie zu erklären, als durch die Annahme, dass jede einzelne Stelle an der Haut, wo eine Blase entsteht, mit der Lymphe der Impfblase des anderen Indivudiums inficirt worden sein solle. Ein einzelner Punkt der nässenden Fläche ist mit der Infectionsquelle in Berührung gekommen; von hier aus ist das Virus durch die Lymphgefässe absorbirt und in die Blutcirculation überführt worden; das Resultat ist dasselbe wie bei der subcutanen Injection am Pferde, eine generalisirte Vaccine.

(Fortsetzung folgt.)



Ueber Syphilis der Harnleiter.

Von

J. K. Proksch in Wien.

Rudolf Virchow (1) sagt in seiner für die pathologische Anatomie und Histologie der Syphilis bahnweisenden Abhandlung über unseren Gegenstand folgendes: „Die Unsicherheit beginnt, sobald es sich um die höheren Abschnitte des Harnapparates handelt. Schon von den Ureteren und den Nierenbecken ist nichts Sicheres bekannt, obwohl manche Hydronephrose einen ähnlichen Ursprung haben mag.“ Dieser Passus wurde denn auch sobald entweder ganz oder auch nur theilweise, buchstäblich oder ein wenig umschrieben für die Lehrbücher der Syphilis acquirirt — so durch Hermann von Zeissl (2) für Oesterreich und Deutschland, von Berkeley Hill (3) für England, L. Belhomme, Aimé Martin (4) und E. Lancereaux (5) für Frankreich, Isacco Galligo (6) für Italien u. s. w. — und ist seitdem in allen erdenklichen Variationen bis in die Gegenwart herein immer und immer wieder nachgeschrieben, oder es sind die Harnleiter in den Lehrbüchern für Syphilis überhaupt mit keinem einzigen Worte erwähnt worden. Auch die Lehrbücher für allgemeine und specielle pathologische Anatomie (7) nehmen von diesem Gegenstande nicht die mindeste Notiz.

Da jedoch schon unser grosser Altmeister, Karl Rokitansky (8), bereits in der ersten Auflage seines für alle Zeiten mustergiltigen Werkes an den Harnleitern eine katarrhalische Entzündung, dann „secundäre exsudative Entzündungsprocesse“ bei Croup, Typhus, Variola, Scharlach, Diphtheritis, acuter



Tuberculose u. s. w. und endlich von den „Afterbildungen" das „fibroide Gewebe, die knochenartigen Concretionen, Cysten, Tuberculose und Krebse" beschreibt, und alle diese und im Laufe der Zeit noch viele andere Affectionen bis auf den heutigen Tag immer wieder nachgewiesen werden, so musste es doch höchst auffällig erscheinen, dass just die Syphilis, diese eminent constitutionelle Erkrankung, gerade die Harnleiter und Nierenbecken verschonen sollte, oder dass darüber auch jetzt noch gar keine Beobachtungen vorliegen sollten.

Bei einer etwas eingehenderen Durchsuchung der landläufigen Literatur erweiset sich diese Annahme denn auch wirklich als nicht stichhaltig. Freilich sind die leichter aufzufindenden Angaben darüber recht spärlich und grösstentheils auch mangelhaft; aber dies scheint noch immer nicht beweiskräftig genug für das exceptionell seltene Vorkommen derartiger Erkrankungen zu sein. Um dieses mit einiger Wahrscheinlichkeit behaupten zu können, müsste Jemand bei dem gegenwärtigen ungenügenden Stande der Bücherei des Continents von der Bibliothek des British Museum (9) oder, noch besser, von der grossartigen medicinischen „Library of the Surgeon-Generals Office" in Washington (10) aus den Literatur-Ocean durchschwimmen. Nach recht fleissiger, mindestens zehnjähriger Arbeit könnte man dann eine halbwegs genügende Auskunft über den derzeitigen Standpunkt aus der an den genannten Orten wohl ziemlich annähernd vollständigen Literatur erhalten.

Das wirkliche Verhältniss der syphilitischen Erkrankungen der Harnleiter zu den übrigen Localisationen der Seuche wäre damit aber auch noch nicht gefunden. Die Fehlerquelle wäre da vielleicht von ihrem Ursprunge, vom Leichentische, aus zu untersuchen. Kaum wage ich es, meine Bedenken nach dieser Richtung zu äussern, weil wohl dreissig und mehr Jahre vergangen sind, seitdem ich in der Lage war, den letzten pathologisch-anatomischen Obductionen beizuwohnen und seitdem die wissenschaftlichen Untersuchungen auf allen Gebieten der Heilkunde durchwegs viel „exacter" geworden sind; wenigstens versichern dies die jüngeren Zeitgenossen bei jeder möglichen Gelegenheit, und manchmal kann man davon etwas auch in der Syphilidologie wirklich bemerken. Damals aber war es zumeist

so: Die Nieren wurden aus ihren Nischen mehr herausgerafft als herauspräparirt, die ein- und austretenden Gefässe wurden in ganz unbestimmter Höhe mehr durchrissen als durchschnitten, die Harnblase an ihrem Scheitel durch einen Messerzug gespalten — und damit war die pathologisch-anatomische Untersuchung des Harn- und Geschlechts-Apparates von den Ureteren abwärts in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle abgeschlossen. Es kann nicht überall und immer so gewesen sein, denn sonst hätten wir ja von den Erkrankungen dieser Organe überhaupt gar nichts erfahren, aber recht oft mag es auch anderwärts dennoch vorgekommen sein.

Die ersten deutlichen Spuren von einer syphilitischen Erkrankung der Harnleiter finden sich bereits in der Mitte des sechszehnten Jahrhunderts. Wenn diese Spuren auch den strengen Anforderungen der Wissenschaft unserer Tage nicht entsprechen und darum gegenwärtig auch keine praktische Verwerthung erfahren können, so zeugen sie zum allermindesten doch dafür, dass unsere Vorfahren, denen pathologisch-anatomische Kenntnisse beinahe gänzlich fehlten, jedenfalls schon sehr zeitlich durch bestimmte Symptomencomplexe am Krankenbette zu der Annahme dieser Affectionen geleitet wurden. Verdunkelt werden die ältesten Angaben allerdings auch dadurch, dass man dermals die consecutiven Erscheinungen der Gonorrhoe mit Syphilis identisch erklärte.

Ob Auger Ferrier (11) (1553) bereits pathologisch-anatomische Kenntnisse für seine Annahme der syphilitischen Ulcerationen der Harnleiter besass, dürfte kaum zu entscheiden sein; wohl geben schon die ältesten Syphilographen aus dem Ende des fünfzehnten und anfangs des sechszehnten Jahrhunderts, so Nicolo Leoniceno (12) (1497), Alexander Seitz (13) [1509] und Andere Nachrichten über Obductionen syphilitischer Leichen; doch sind diese Angaben, wenn auch treffend, so doch viel zu allgemein gehalten, um daraus Schlüsse für bestimmte Organe ziehen zu können. Wahrscheinlich wurde Ferrier durch die schon seit Hippokrates Zeit stets verhandelten und auch von den ältesten Syphilographen angenommenen Harnblasengeschwüre und die Scabies vesicae, die ja auch Ferrier erwähnt, und durch die von ihm angeführten



Symptome zu seiner Annahme der Harnleitergeschwüre geleitet. Kurz: unmittelbar nachdem Ferrier von der Behandlung syphilitischer Leberentzündung, dann von Nieren- und Harnblasen-Geschwüren gesprochen, bemerkt er: „Ureterum exulcerationem denotant puris non adeo crassi mistura, et veluti capillamenta urinis innatantia, dolor etiam in media inter vesicam et renes regione.“

Bald darnach (1581) veröffentlichte Rembert Dodoens (14) (auch Dodonaeus und Dodonée genannt), einer der hervorragenderen Mitbegründer der pathologischen Anatomie, einen speciellen Fall von Harnleitergeschwüren, der theilweise auch von Theophilus Bonet (15) in sein grosses Sammelwerk aufgenommen wurde. Der Fall betraf einen „Generosus vir ex familia Francisci et Henrici Franciae Regum,“ welcher seit achtzehn Jahren an einer Gonorrhoea gelitten hatte, „quae ex concubitu cum lue venerea infectis contrahitur.“ Die lange Dauer, die Artung und die genaue Angabe des Ursprunges der Krankheit sprechen wohl dafür, dass Dodoens keine Gonorrhoe, sondern höchst wahrscheinlich Syphilis vor sich hatte. Der Kranke erlag einem Hydrops und den heftigsten Schmerzen in der Harnblasen- und Nierengegend; der Obductionsbefund lautet: „Dissecto ac aperto huius corpore, repertus est ren uterque maior, quam secundum naturam, durus, concreti ac indurati puris colorem ac similitudinem referens: ureterae ambae interius exulceratae: vesica plane rigida, nec extendi nec contrahi potuit. Huius una membrana ab altera divulsa, copioso intermedio pure. In exteriore tubercula quaedam livida apparebant: interior multis foraminibus pertusa. Colis sive penis meatus in totum exulceratus, et sanguine concreto plenus.“

Einen zweiten Fall beschreibt Giovanni Battista Morgagni (16) in seinem grossen, in Gelehrsamkeit, praktischen Wissen und Können unübertroffenen Werke. Zwar trübt auch hier die Gonorrhoe das Bild, doch sind auch ganz unzweideutige, man könnte sagen pathognomonische Erscheinungen der Syphilis vorgeführt; was vielleicht auf eine Mischinfection zurückgeführt werden kann. Die hier interessirenden Stellen lauten: „Senex decrepitus, lue venerea plurimos jam annos male mulctatus, ut quae loqueretur vix intelligeres, urinae autem

difficultate, et gonorrhoea denique a duodecim jam annis laboraret . . . Uvula, cujus pars deerat, linguae superior postrema superficies, et annexa olim per ligamenta epiglottis cartilago ita erant cicatricosae, ut nihil magis . . . Quin vitium in laryngem reliquam, et huic proximum Asperae arteriae truncum se propagabat . . . Renes valde parvi erant et ob hemisphaericas protuberantias inaequali superficie: substantia tamen, nisi quod firmior fuit quam soleat, magisque compacta, nihil vitii ostendit; quanquam in renis alterius pelvi seri aliquid inerat albidi, et turbidi. Ureteres et multum dilatati, et intus rubentes fere ad renes usque conspiciebantur; utraque autem haec noxa quo magis ascendebant, eo magis decrescebat. In dextero circa medium, interiorem tunicam vidi exstantem, et se duplicantem, ut annularem mediocris altitudinis quasi valvulam faceret contra urinae cursum conversam. Cum ambo essent mucosa materia semipleni . . . . Porro vesica ex crassissimis tunicis facta, per quarum internam faciem crassi quasi lacerti, varia inter se implicatione conjuncti transpiciebantur, albo turbidoque humore scatebat. Tum a glande, cujus alterum coronae latus ulcere olim exesum fuerat, urethrae incisionem exorsus . . ."

Wie die mühsamen Errungenschaften der vergangenen Jahrhunderte mitsammt den grossartigen Leistungen Morgagni's in der Syphilislehre untergingen, für immer vergessen und erst nach mehr als einem halben Jahrhundert von Ricord und seinen Zeitgenossen nur sehr allmälig wieder aufgefunden wurden, weil diese mit dem Standpunkte der Doctrin vor John Hunter nicht vertraut waren, habe ich (17) schon in einigen früheren Abhandlungen quellenmässig dargestellt.

Es kann demnach nicht befremden, wenn wir in diesem unfruchtbaren Zeitraume keine Spuren von einer syphilitischen Erkrankung der Harnleiter antreffen und solchen erst wieder in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts, aber immer nur sehr spärlich begegnen.

In der eingangs genannten Schrift notirt Rudolf Virchow einmal pag. 56: „Nieren normal, Harnleiter und Nierenbecken etwas hyperämisch" und dann pag. 70: „Die Harnblase mit verdickter Wand, jederseits dicht neben der Mündung der Ureteren eine durchscheinende, röthliche Anschwellung der

Schleimhaut, unter der auch die Muskelhaut etwas geröthet ist;" doch finden sich darüber nicht genauere Angaben.

Emanuel Aufrecht (18) berichtet in der seinem Lehrer Virchow gewidmeten Inaugural-Dissertation über die pathologisch-anatomische Diagnose eines Falles, deren Richtigkeit in Bezug auf die visceralen Erkrankungen durch Syphilis auch aus den Acten der Berliner Charité festgestellt wurde und darum den Lesern ausdrücklich versichert wird: „dubitari non potest." Die Diagnose lautet: Femina ann. xxx, mort. 11./I. 65. Pericarditis polyposo-serosa, maculae adiposae valv. mitr. et basis aortae. Pleuritis fibrosa et fibrinosa-serosa, retractio loborum inferior., oedema pulmonum. Perihepatitis adhaesiva, hepatitis interstitialis simpl. et gummosa, degener. amyl. ves. felleae. Perisplenitis adhaesiva, tumor gummosus lienis, degenerat. amyl. . . . Hyperplas. et degener. amyl. ren. succent., nephritis interstitialis, induratio fibrosa pelvis renalis et ureteris. Perimetritis, perioophoritis et oophoritis chron . . . Atrophia laev. bas. condylomata acuminata et cicatrices linguae, catarrhus ventriculi chron., degenerat. intestini amyl., ascites."

Ernst Oedmansson (19) fand an einem syphilitischen Neugeborenen die Pyramiden einer Niere abgeplattet, das Nierenbecken und den Harnleiter bedeutend erweitert und an der Blasenmündung desselben eine vollständige Atresie, sprach sich jedoch nicht bestimmt für die syphilitische Natur derselben aus, da er ähnliche Veränderungen auch bei nichtsyphilitischen Neugeborenen angetroffen hatte.

Otto Heubner (20) beschreibt seinen Fall 46 auf zwanzig Seiten mit der grössten Genauigkeit sehr ausführlich, jedoch nur bezüglich der syphilitischen Erkrankungen der Gehirnarterien; die übrigen Organe sind nur nebensächlich abgehandelt; auch ist nicht angegeben, warum der „linke Ureter etwas weiter" war.

Walter Baugh Hadden (21), ein Schüler von Jean Martin Charcot, Uebersetzer von dessen Vorlesungen für die „New Sydenham Society," lange Zeit als Prosector thätig und Verfasser von einer Reihe pathologisch-anatomischer Arbeiten, wollte mit dem unten angeführten kleinen Artikel offenbar nichts anderes, als nur auf die syphilitische Erkrankung der

Harnleiter aufmerksam machen. Die wenigen Zeilen wurden jedoch sowohl in den allgemeinen medicinischen, als auch in den speciellen Fachzeitschriften nicht aufgenommen und auch von mir für die Bibliographie übersehen. Die Zeitschrift, in welcher Hadden's kurze Nachricht erschienen ist, existirt in Oesterreich überhaupt nicht; nur die Prager Universitäts-Bibliothek (22) enthält ein Exemplar, aber erst vom 45. Bande an. Herr Professor Julius Pagel war so gütig, mir aus der Königlichen Bibliothek zu Berlin eigenhändig eine Abschrift zu besorgen, wofür auch an dieser Stelle der innigste Dank gesagt sei.

„The specimen was taken from a man aged 55 who died of strangulated inguinal hernia.

The right ureter is dilated more than twice its normal size down to a point four and a half inches from its entrance into the bladder. Below this point the ureter is very small and its lower end just admits the passage of an ordinary probe. The obstructing mass involves the bifurcation of the common iliac artery, and both external and internal iliac arteries with the accompanying veins are tortuous and puckered from the contraction of the inflammatory tissue which surrounds them.

The right kidney was entirely cystic. There were gummata in the liver and spleen. January 19th 1886."

Wenn nun auch, wie bereits bemerkt, die vorliegenden Befunde über die in Rede stehende Erkrankung recht spärlich und grösstentheils auch mangelhaft sind, so wird doch wenigstens der letzterwähnte, von einer wohlaccreditirten Autorität stammende und bestimmt lautende Fall fürder nicht abzuweisen sein und zu weiteren, genaueren Untersuchungen Anlass bieten.

Literatur.

1. Virchow R. Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen. Berlin, 1859, 8°, p. 98. Sonderdruck aus dessen Archiv, 1858, XV. — 2. Zeissl H. v. Lehrbuch der constitutionellen Syphilis. Erlangen, 1864, 8°, p. 287. — 3. Berkeley Hill. Syphilis and local contagious disorders. London, 1868, 8°, p. 197. — 4. Belhomme L. et Aimé Martin. Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne. Paris, 1864, 8°, p. 289. — 5. Lancereaux E. Traité



historique et pratique de la syphilis. II. édition. Paris, 1873, 8°, p. 233. — 6. Galligo J. Trattato teorico-pratico sulle malattie veneree. III. edizione. Firenze, 1864, 8°, p. 678. — 7. Ziegler Ernst. Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie. IX. Auflage. Jena, 1898, 8°, p. 782—786. Pathologische Anatomie des Nierenbeckens und des Harnleiters. — Schmaus Hans. Grundriss der pathologischen Anatomie. III. Auflage. Wiesbaden, 1896, 8°, p. 444—448. „Erkrankungen der Harnwege." — 8. Rokitansky K. Handbuch der speciellen pathologischen Anatomie. Wien, 1842, 8°, II, p. 435—444. „Krankheiten des harnableitenden Apparates." — 9. British Museum Catalogue of printed books. London, 1882—1897. Der bereits achtzig dicke Folianten zählende Catalog ist in der hiesigen Universitäts-Bibliothek noch nicht vollständig. — 10. Index Catalogue of the library of the Surgeon-Generals Office, United States Army. Washington, 1880—1895, gr. 4°, I—XVI und I Registerband für die Titel und Abbreviaturen aller medicinischen Zeitschriften der Welt und aller Zeiträume. Dasselbe: Second series. Washington, 1896, gr. 4°, I. — 11. Ferrier Auger. De pudendagra, gravi lue Hispanica, libri duo. Tolosae, 1553, 12°. Abdruck im Luisinus, Aphrodisiacus p. 905—930. — 12. Leoniceno N. Liber de Epidemia, quam Itali morbum Gallicum vocant. Mediolani, 1497, 4°. Abdruck im Luisinus p. 15—40. — 13. Seitz A. Ein nützlich ragiment vuider die bosen Frantzosen. Pforzheim, 1509, 4°, 8 Blätter. — 14. Dodonaei R. Medicinalium observationum exempla rara, recognita et aucta. Coloniae, 1581, 8°, p. 103—106. — 15. Boneti Th. Sepulchretum sive Anatomia practica ex cadaveribus morbo denatis. Genevae, 1679, fol., pp. 1189 und 1316. — 16. Morgagni G. B. De sedibus et causis morborum, Epist. XLIV, Art. 15. — 17. Vergl. dieses Archiv 1878, V, p. 23—42; 1887, XIV, p. 71—99. — 18. Aufrecht E. De syphilide viscerali. Berolini, 1866, 8°, p. 18. — 19. Oedmansson E. Studier öfver syfilis. Stockholm, 1869, 8°, p. 93: „Högra njurbäckenet betydligt utvidgadt med afplattning af pyramiderna och ansenlig förtunning af hela substansen. Ureteren utvidgad, dess vesikalända står fram i blåsan som en stor, cystalik utvidgning. Här finnes en fullständig atresi af mynningen . . . . Om atresien af den ena ureteren bör anses bero på barnets syfilis, är omöjligt att saga. Ett par gånger har jag träffat samma förändring hos nyfödde, utan att syfilis förefanns." — 20. Heubner O. Die luetische Erkrankung der Hirnarterien. Leipzig, 1874, 8°, p. 72. — 21. Hadden W. B. Obstruction of ureter by a gumma. (Card specimen.) In: Transactions of the pathological society of London, 1885—86, XXXVII, p. 301. — 22. Generalkatalog der laufenden periodischen Druckschriften an den österreichischen Universitäts- und Studienbibliotheken (etc.) Herausgegeben im Auftrage des k. k. Ministeriums für Cultus und Unterricht von der k. k. Universitätsbibliothek in Wien unter Leitung von Ferdinand Grassauer. Wien, 1898, 8°, pp. VII, 796.



Aus der dermatologischen Klinik der kgl. Universität zu Siena.
(Prof. Barduzzi.)

Bacteriologische und histologische Untersuchungen über die Bartholinitis.

Von
Professor Dr. **P. Colombini** in Sassari.
Vordem Assistent der Klinik.

(Schluss.)

Histologische Untersuchungen.

Während bis zum Jahre 1893 die Bartholinitis klinisch bereits sehr genau bekannt war, und bereits auch bacteriologische Untersuchungen über dieselbe in Angriff genommen waren, war die pathologische Histologie derselben, man kann sagen, noch in völliges Dunkel gehüllt. In dieser Zeit lieferte thatsächlich als der erste Touton [18] und nachher Leblanc [13] den ersten Beitrag zur pathologischen Anatomie der Bartholinitis. Nach diesen beiden hat sich aber kein Anderer mehr mit diesem wichtigen Gegenstande befasst. Dagegen war die normale Histologie der Bartholin'schen Drüse besonders durch die Arbeiten Langerhans [20] und De Sinety's [21] viel besser bekannt.

Zu unseren histologischen Untersuchungen über die Bartholinitis dienten die beiden Drüsen, welche, wie wir oben bei dem 3. und 10. Falle angeführt haben, exstirpirt worden waren.

Der bei dem 3. Falle excidirte Tumor besass ungefähr das Volumen einer grossen Olive, hatte aber wohl eine etwas grössere Länge als eine solche. Der Tumor vom 10. Falle war bedeutend grösser als der erstere und zeigte gleichfalls eine längliche Gestalt. An dem einem Ende des Tumors hieng sowohl beim ersten wie bei dem zweiten ein kleines Stückchen der Schleimhaut des Ostium vaginale und in demselben befand sich eine kleine Oeffnung, welche ungefähr einen Millimeter im Durchmesser fasste, und die Mündung des Ausführungsganges der Bartholin'schen Drüse darstellte.

An dem Tumor vom 10. Falle befand sich in der Nachbarschaft dieser Mündung eine kleine, mit schleimigem Eiter gefüllte Höhlung. Die Stückchen wurden in Alkohol und in gesättigter Sublimatlösung gehärtet. Dann wurden sie in Paraffin oder in Celloidin eingebettet und auf dem Mikrotome geschnitten. Die Schnitte wurden serienweise senkrecht zur grossen Achse des Drüsenkörpers ausgeführt.

Die Färbung wurde mit sehr vielen Farbstoffen ausgeführt und dabei verschiedene Methoden angewendet, je nach den Besonderheiten, welche man von Fall zu Fall beobachten wollte.

Bei der Betrachtung der Schnitte konnten wir uns sofort die Ueberzeugung verschaffen, dass die obenerwähnte Oeffnung an dem einen Ende des Tumors in der That der Mündung des Hauptausführungsganges der Drüse entsprach. Dieser Ausführungsgang, welcher in sehr vielen Schnitten von beiden Fällen, welche wir zu untersuchen Gelegenheit hatten, untersucht wurde, bildete an einzelnen Punkten im Querschnitte nur eine unregelmässige und nicht scharf begrenzte Oeffnung, indem er seiner normalen Epithelauskleidung beraubt war.

Ich hatte Gelegenheit diesen Ausführungsgang unter normalen Verhältnissen zu untersuchen, und zwar an einer Drüse in vollständig physiologischem Zustande, welche niemals von einem krankhaften Processe befallen worden war, da sie von mir zum Zwecke vergleichender Untersuchung über den Zustand der normalen und der pathologisch veränderten Drüse, gleichzeitig mit dieser excidirt worden war, da durch ein derartiges vergleichendes Studium die Resultate meiner vorliegenden Arbeit ja nur an Klarheit gewinnen konnten. Unter normalen Verhältnissen besitzt dieser Hauptausführungsgang oder ductus comunis, wie er auch genannt wird, eine Epithelauskleidung, welche von mehreren Lagen cylindrischer Zellen gebildet wird, deren Höhe je nach dem Theile des Ausführungsganges, der gerade zur Beobachtung vorliegt, verschieden ist. Der Kern dieser Zellen ist oval, seine Richtung entspricht der Längsachse der Zellen selbst; diese zeigen eine jedoch nicht sehr deutliche Streifung. Jemehr wir uns aber der Mündung dieses Canales in der Schleimhaut des Ostum vaginale nähern, bemerken wir, dass das Epithel schon lange bevor wir noch an diese Mündung



herangekommen sind, sich vollständig abplattet, während es früher Cylinderepithel darstellte. Bei unseren pathologischen Fällen jedoch erscheinen diese Dinge bedeutend verändert.

Wie ich schon gesagt habe, fehlt die Epithelauskleidung an einzelnen Punkten und zwar besonders an dem äusseren Theile des Canales vollständig und der Gang erscheint von einem Bindegewebe umgeben, in welchem man nur hie und da eine Plattenepithelzelle sieht. An den übrigen Theilen erscheint der Canal wohl von seinem Epithele ausgekleidet, aber dieses Epithel befindet sich an gewissen Punkten in einer bedeutenden und reichlichen Proliferation, und das Lumen des Ganges erscheint bedeutend verengt.

Diese mächtige Proliferation des Epithels des Drüsenausführungsganges beobachteten wir in einer grossen Anzahl von Schnitten bei beiden Fällen, und an vielen Punkten erschienen die oberflächlichsten Elemente wenigstens theilweise zerstört. An diesen Stellen besassen die Epithelzellen auch nicht mehr die längliche Gestalt, sondern erschienen gleichsam abgerundet. In manchem Ausführungsgange erreicht diese Proliferation der Epithelzellen einen so hohen Grad, dass dadurch das Lumen des Ausführungsganges fast vollständig verschlossen wird. Wenn wir nun nach der Tiefe gegen das Innere der Drüse hin fortschreiten, so sehen wir, dass die einzelnen Schnitte des Ganges, in dem Masse, als wir mehr in die Tiefe gelangen, mehr regelmässige Form und bestimmtere Contouren annehmen, indem die pathologischen Veränderungen immer geringer werden, obzwar die oben erwähnte Proliferation der Epithelien niemals verschwindet. Diese findet sich, wenn auch in geringerem Grade, selbst noch in den secundären Ausführungsgängen, welche sich zu dem Hauptausführungsgange vereinigen, und welche, wie ich habe feststellen können, unter normalen Verhältnissen nur von einer einzigen Lage cylindrischer Zellen ausgekleidet erscheinen.

Diese Epithelproliferation findet sich oft auch noch im Sinus des Ganges, in jener Erweiterung, in welche die secundären Ausführungsgänge übergehen, und welche ich unter normalen Verhältnissen von einem kubischen Epithele ausgekleidet gesehen habe. In diesen Sinus münden an einer beschränkten



Stelle die Lobuli der Drüse, die selbst gleichfalls wieder von einer Schichte kubischer Zellen ausgekleidet werden. In diesen Abzweigungen des Hauptausführungsganges nun, welche zwischen den Lobulis des Drüsenparenchymes zu sehen sind, kann man nun fast constant diese Zellproliferation beobachten. In diesen Canälchen findet sich diese bemerkenswerthe Proliferation der Epithelzellen, selbst dann, wenn die Wunde derselben nur in geringem Grade verändert erscheinen.

An vielen von den Punkten, an denen der Gang von feinem Epithele ausgekleidet ist, wo sich dasselbe aber im Zustande der oben erwähnten bedeutenden Proliferation befindet, wodurch die Wände des Ganges eine das normale Mass weit überschreitende Dicke erreichen, erscheinen diese Wände von vielen Zellschichten gebildet, aber ihre Oberfläche gegen das Lumen des Ganges zu ist nicht gleichmässig, sondern die Zellen bilden sehr unregelmässige Erhebungen, welche in den Hohlraum des Canales hineinragen. An manchen Punkten, an denen keine gleichmässige Epithelauskleidung vorhanden ist und an denen die oberflächlichsten Zellelemente wenigstens zum Theile zerstört erscheinen, bemerkt man Zellen, welche zwischen den Epithelzellen eingewandert sind und die einzelnen Elemente derselben zusammendrücken, verschieben und ihren normalen Zusammenhang mehr oder weniger vollständig zerstören. So fehlen an einzelnen Stellen die oberflächlichsten Epithelzellen vollständig; an anderen Stellen, wo sie noch vorhanden sind, zeigen sie nicht mehr ihr normales Aussehen, sondern sind mehr weniger abgeflacht und auseinandergedrängt, oft vollständig von einander losgelöst.

Diese zellige Infiltration, welche die einzelnen Epithelzellen trennt und verändert, bleibt nicht auf diese Stellen beschränkt, sondern sie setzt sich auf eine gewisse Strecke in das benachbarte Bindegewebe fort und wird hier oft so dicht und reichlich, dass dadurch die Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe vollständig verwischt wird. Der ganze Umfang des Ausführungsganges erscheint in Folge dieser Infiltration mit embryonalen Zellen umgeben, welche ohne Unterbrechung stellenweise in höherem Grade, stellenweise in geringerem Grade ausgeprägt, in mehr weniger regelmässiger Weise den ganzen Canal einhüllt. In manchen Präparaten erschien diese periphere klein-

zellige Infiltration an einzelnen Stellen besonders der Canäle mittleren Volumens so mächtig und ausgebreitet, und die Infiltrationszellen waren in solcher Menge vorhanden, dass man in ihrem Bereiche von den ursprünglichen Gewebselementen gar keine Spur mehr wahrnehmen konnte. An solchen Stellen entsteht ein pericanaliculärer Knoten. Ich konnte ferner wahrnehmen, dass an einzelnen solchen Stellen im Centrum dieser Infiltrationsmasse eine Schmelzung der Zellen eintrat, und in anderen Präparaten sah ich noch ein vorgeschritteneres Stadium dieses Processes, indem sich in der Mitte eines solchen Infiltrationsherdes eine kleine Eiteransammlung gebildet hatte, welche sich im Inneren des Canales vorfand, oder indem sich ein kleiner pericanaliculärer Abscess ausgebildet hatte. Indem sich dieser Zerstörungsprocess des Gewebes ausbreitet, kommt es stellenweise zur Perforation der Wände des Ausführungsganges und auf diese Weise zur Communication des Canales selbst mit den ihm benachbarten Abscessen.

Die Infiltrationszellen bestehen aus ein- oder mehrkernigen Rundzellen, welche die Farbe sehr gut annehmen, so lange sie jung sind, welche aber blass bleiben und ein granulirtes Aussehen zeigen, sobald sie ein grösseres Alter erreicht haben. Derartige Elemente findet man in den verschiedensten Stadien ihrer Entwickelung und neben solchen, welche eben erst die Schmelzung des Gewebes herbeizuführen beginnen, sieht man andere, die sich bereits in den benachbarten Gang ergiessen. So kommt es, dass man an manchen Stellen im Inneren eines Gefässes Eiter und Epithelzellen-Detritus wahrnimmt.

Begeben wir uns nun mehr in die Tiefe, so sehen wir, dass auf die grossen Querschnitte des Ausführungsganges kleinere Querschnitte folgen, welche aber die gleiche Structur besitzen. Diese sind nichts anderes als die ersten Verzweigungen des Hauptcanales, oder die secundären Ausführungsgänge, welche ich in meinen Präparaten von der Drüse in normaler Beschaffenheit immer von einem niedrigeren Cylinderepithele ausgekleidet gesehen habe. Das Bindegewebe bildet eine Hülle um diese Ausführungsgänge, welche immer zarter wird, zu je dünneren Canälen wir fortschreiten. Die kleinzellige Infiltration erstreckt sich nun auch auf diese secundären Ausführungsgänge, und es

gibt kein einziges Präparat, in welchem dieselbe nicht in mehr oder weniger hohem Grade und oft auch im benachbarten Bindegewebe zu sehen wäre.

Auch in jenen Schnitten, in denen es möglich ist, die Canälchen wegen ihrer Richtung vom centralen Hauptcanale zu den Follikeln an der Peripherie im Schräg- oder Längsschnitte zu beobachten, kann man deutlich sehen, dass diese Canälchen von einer bedeutenden zelligen Infiltration umgeben sind. Diese verliert aber immer mehr an Intensität, je mehr wir uns den tiefen Theilen der Drüse nähern; in diesen können wir die Thatsache wahrnehmen, dass gesunde Drüsenlobuli allseits einen Canal umgeben, welcher selbst schwer verändert erscheint. An einigen Stellen, wo man keine Infiltration des Bindegewebes wahrnimmt, kann man sehr zahlreiche junge Elemente dieses Gewebes sehen.

In dem tiefsten Theile der Drüse gehen die mit zarten Lumen versehenen secundären Ausführungsgänge in den Sinus über, das sind Erweiterungen, in welche an einer umschriebenen Stelle die eigentlichen drüsigen Elemente einmünden. So erscheinen in den Schnitten die Drüsenfollikel, anfangs nur spärlich, dann immer zahlreicher werdend und dichter und enger aneinander herantretend. Sie sind vom Bindegewebe umgeben und zeigen in ihrem Inneren eine Auskleidung mit kubischen Epithelzellen. Mehrere Follikel vereinigen sich zu einem Drüsenlobulus von wechselnder Grösse. Viele dieser Lobuli erscheinen vollkommen normal, ja man kann sogar sagen, dass dieser tiefste Theil der Drüse im Allgemeinen keine Spur einer zelligen Infiltration aufweist und dass ihre Wände und Höhlungen hier fast gar keine Veränderung zeigen. Jedoch auch hier noch zeigt mancher Gang periphere kleinzellige Infiltration und wohl auch Proliferation seines Epitheles, und im Inneren manches Follikels sieht man Eiterkörperchen, obgleich das Epithel und das benachbarte Gewebe desselben keine weitere Veränderung aufweist. Jene wenigen Follikel aber, welche selbst in dieser Weise verändert erscheinen, besitzen ein etwas grösseres Volumen als die normalen; die Höhlung des Säckchens ist in Folge der Proliferation der Epithelien sehr stark ausgedehnt, und in manchem Falle wohl auch deshalb, weil die umhüllende Membran

fehlt. Die Zellen der Epithelauskleidung sind enorm angeschwollen, hell und besitzen blasse Kerne; sie befinden sich offenbar im Zustande der Degeneration, und nur vereinzelte Kerne nehmen die Farbe an.

An jenen Punkten, wo sich so veränderte Follikel befinden, zeigt sich im Gegensatze zu jenen ungleich zahlreicheren Stellen, wo die Follikel gar keine Veränderung aufweisen, auch in dem sie umhüllenden Bindegewebe Oedem und in ihrem ganzen Umfange sieht man kleinzellige Infiltration, welche aber viel geringfügiger ist, als jene, welche wir in der Umgebung der Ausführungscanälchen beschrieben haben.

An der Peripherie einzelner Schnitte finden sich gestreifte Muskelfasern im Schrägschnitte, welche dem musculus constrictor vulvae angehören.

Die Gefässe sind in jenem tiefsten Theile der Schnitte nicht sehr zahlreich. Besonders zahlreich finden sie sich in der Umgebung der Ausführungsgänge, sowohl der primären als der secundären. Hier findet man sehr zahlreiche Längs- und Querschnitte gut entwickelter Gefässe, die sehr dicht und nahe bei einander liegen. Dieselben scheinen jedoch an dem Krankheitsprocesse nicht wesentlich Antheil zu nehmen und zeigen keine Veränderungen, welche der Erwähnung werth wären. Diese Gefässe nehmen immer mehr an Zahl und Grösse ab, je mehr wir uns nach der Peripherie des Schnittes begeben. An einzelnen Stellen habe ich jedoch auch in der Umgebung einiger Gefässe kleinzellige Infiltration feststellen können.

Ich beabsichtigte auch das Verhalten der elastischen Fasern in dieser Drüse sowohl im normalen als im erkrankten Zustande zu untersuchen, was bis jetzt noch niemand gethan hat.

Zum Studium des elastischen Gewebes habe ich mich der Unna-Tänzer'schen Methode bedient und vornehmlich der von Mibelli modificirten Lösung. Ich konnte beobachten, dass die elastischen Fasern unter normalen Verhältnissen in mehr weniger schräger Richtung längs des Hauptausführungsganges verlaufen und oft mit einander anastomosiren. Sie finden sich im ganzen Umfange des Schnittes nicht allzureichlich vor; an der Peripherie sind sie sehr spärlich an Zahl, seltener, dünner und weniger reich an Anastomosen als im Inneren des



Schnittes, wo sie viel zahlreicher vorkommen, viel grösser sind, einander viel näher liegen und so vielfach mit einander anastomosiren, dass sie gewissermassen ein dichtes elastisches Netz bilden. In den Querschnitten erscheint auch der grösste Theil der elastischen Faser quer getroffen.

In jenen Schnitten, in denen der Gang einigermassen der Länge nach getroffen wurde, sehen wir den grössten Theil der elastischen Fasern mehr oder weniger schräg zur Längsachse des Ganges verlaufen, und die äusseren dünneren anastomosiren nicht nur untereinander, sondern auch mit den mehr innen gelegenen stärkeren Fasern. Dicht unter dem Epithele werden dieselben sehr dünn, bewahren aber immer die oben erwähnte Anordnung, ja sie dringen bis in die Lobuli ein, in deren Inneren ich viele zarte und kurze Faserchen gesehen habe.

So liegen die Verhältnisse im normalen Zustande.

Die gleichen Verhältnisse konnte ich im pathologischen Zustande an den beiden excidirten Drüsen an jenen Punkten beobachten, an denen der Krankheitsprocess das Gewebe noch nicht befallen hatte, oder sich noch in seinem Anfangsstadium befand. Befand er sich jedoch in einem vorgeschritteneren Stadium, dann fanden sich auch die elastischen Fasern nur in geringerer Zahl vor, wurden dünner und kürzer und waren schliesslich an jenen Stellen, wo die Proliferation der Epithelien und die kleinzellige Infiltration einen höheren Grad erreicht hatten, fast vollständig verschwunden, und man konnte nur hie und da an jenen Stellen des Gewebes einige seltene Faserchen finden, wo der Krankheitsprocess noch nicht so weit vorgeschritten war. Obgleich ich bei der Untersuchung des 10. Falles durchaus keine Gonococcen gefunden hatte, so forschte ich doch sowohl in den Schnitten von diesem Falle als auch in jenen vom dritten Falle nach, ob Gonococcen in denselben vorhanden seien oder nicht. Diese Schnitte habe ich nach vielen Färbemethoden behandelt, einige auch der Gram'schen Behandlung unterworfen, um nöthigen Falles die Differentialdiagnose zwischen dem Diplococcus Neisser und anderen darin etwa vorhandenen Diplococcen stellen zu können; andere behandelte ich nach der von Maurice Nicolle angegebenen Methode, wobei man auf die Schnitte eine Tanninlösung 1:10 einwirken lässt, nach-

dem man sie mit Methylenblau gefärbt hat, in der Absicht, um die vorhergegangene Färbung zu fixiren und die Schnitte ohne Gefahr in absolutem Alkohol entwässern zu können.

Bei der Untersuchung der Schnitte vom 10. Falle gelang es uns nicht auch nur eine Spur von Gonococcen zu finden.

Auch im Inneren der Eiterkörperchen, welche wir in manchem Ausführungsgange dem Epithele desselben angeschmiegt fanden, konnten wir durchaus keine Gonococcen nachweisen. Dagegen fanden wir zwischen dem Detritus der Epithelien, und zwischen den im Lumen des Ganges zerstreuten in Degeneration befindlichen Epithelzellen, kleinste runde Körperchen, welche Coccenhaufen entsprachen, die aber durchaus nicht den Charakter von Gonococcen zeigten; auch hat ja, wie oben berichtet wurde, die Cultur erwiesen, dass es sich um gewöhnliche Eitererreger handelte.

Mit grösserer Zuversicht sind wir zur Untersuchung der Schnitte der Drüse vom 3. Falle geschritten; wenn auch in dem aus dem Ausführungsgange der Drüse gesammelten Secrete Gonococcen nicht aufgefunden wurden, in welchem sich vorwiegend der Staphylococcus aureus und albus vorfand, waren dieselben doch in dem Secrete aus der Urethra und der Vagina nachgewiesen worden.

Bei der Durchsuchung der Schnitte von dieser Drüse konnte ich in einigen derselben und zwar nur an vereinzelten Stellen in den oberflächlichsten Theilen des Epithels kleine Gruppen charakteristischer Gonococcen nachweisen. Dieselben fanden sich nicht nur zwischen den oberflächlichen Epithelzellen eingenistet, sondern auch innerhalb der Spalten, welche hie und da vorhanden waren: auch sah man die Gonococcen in diesem Falle nicht nur in Gruppen, sondern sie zeigten sich auch gleichsam zu Ketten angeordnet. In den tieferen Schichten des Epithels jedoch habe ich niemals Gonococcen gefunden. Auch bestrebte ich mich, die Gonococcen in jenen Eiterkörperchen aufzufinden, welche stellenweise zwischen den oberflächlichen Epithelien lagen, aber wenn auch dieses Suchen nicht vollständig negativ ausfiel, so war dieser Befund doch nicht so klar und sicher wie der in den intercellulären Spalten, da sie sich nur in ganz vereinzelten Eiterzellen und nur äusserst selten



vorfanden. Absolut charakteristische Gonococcen habe ich nur in einigen jener Anhäufungen von Eiterzellen beobachtet, welche im Lumen einiger Ausführungsgänge lagen; diese Gonococcen waren zum Theil im Innern von Eiterzellen eingenistet, zum Theile fanden sie sich in den Intercellularräumen. Aber auch hier fand ich sie nur selten und in geringer Zahl.

Doch war es niemals möglich, im Bindegewebe auch nur eine Spur von Gonococcen zu entdecken, selbst nicht an jenen Punkten, an denen der Entzündungsprocess einen sehr hohen Grad erreicht hatte und das Epithel vollständig abgestossen war.

Den grössten Theil der Gonococcen fand ich jedoch in den obersten Schichten des Epithels, das die Ausführungsgänge auskleidete. Doch fiel dieser Befund nicht für jeden einzelnen Gang positiv aus. Die meisten fanden sich noch zwischen den Epithelzellen des Hauptausführungsganges und zwar in dem äussersten Theile desselben. Setzte man aber diese Untersuchung bis in die tieferen Theile fort, dann gelang es nicht mehr in den Endstrecken, in den Sinus und den Follikeln Gonococcen zu finden.

Diese Thatsache erscheint geeignet den Bericht Touton's zu bestätigen, welcher bei dem einzigen von ihm untersuchten Falle beobachtete, dass die Gonococceninvasion progressiv von aussen nach innen zu abnahm; nach ihm seien nur die Plattenepithelien fähig den Gonococcus aufzunehmen, während die übrige, nicht vom Plattenepithel ausgekleidete Drüsensubstanz gegen diese Invasion immun sei.

Wenn wir nun die Ergebnisse unserer Beobachtungen zusammenfassen, dann können wir sagen, dass es sich bei der Bartholinitis immer um eine Entzündung der Ausführungsgänge der Drüse handelt, eine Entzündung, welche sich immer mehr vermindert und immer leichter wird, je mehr wir in die tieferen Theile der Drüse selbst eindringen.

Nach den von uns ausgeführten histologischen Untersuchungen können wir die dabei beobachteten pathologisch-anatomischen Veränderungen in folgender Weise reassumiren:

1. Eine bedeutende Proliferation des Epithels der Ausführungsgänge der Drüse.

2. Eine kleinzellige Infiltration in der Um-



gebung dieser Gänge, welche davon vollständig eingehüllt werden.

3. Consecutive Bildung von Abscessen in der Umgebung dieser Ausführungsgänge, welche uns die Pathogenese der recidivirenden Drüsenabscesse erklären.

In der That kommt dieser kleinzelligen Infiltration, welche sich hauptsächlich in der Umgebung der Ausführungsgänge in dem diese einhüllenden Bindegewebe ausbildet, wie dies auch von Leblanc beobachtet wurde, eine ganz besondere Bedeutung zu. Eine derartige Infiltration führt, wie wir gesehen haben, zur Bildung kleiner Abscesse im Umkreise der Gänge; sie gibt zur Bildung jener kleinen pericanaliculären Abscesse Veranlassung, deren Entwickelung wir in unseren Schnitten von den ersten Anfängen bis zu ihrer letzten Phase studiren konnten.

Die Bedeutung dieser pericanaliculären Abscesse liegt darin, dass sie uns die Erklärung für die so häufigen Recidiven der Bartholinitis liefert, die man tagtäglich in der Klinik beobachten kann. Dadurch wird auf die Pathogenese der recidivirenden Abscesse der Bartholin'schen Drüse, wie dies auch Leblanc ganz richtig bemerkt, neues Licht geworfen.

Eine Entdeckung dieser kleinen pericanaliculären Abscesse und die Kenntniss dieser kleinsten immer sehr zahlreichen und continuirlich aufeinander folgenden Läsionen kann es uns in der That ganz erklärlich machen, wie eine acute Bartholinitis, welche man schon vollständig erloschen glaubte, von neuem wieder aufflammen kann, und wie der Verlauf einer chronischen Bartholinitis vor sich geht.

Nach Spaltung des Drüsenabscesses und bei entsprechender Behandlung scheint wohl gar bald alles wieder normalen Verhältnissen Platz zu machen; aber jeder dieser kleinsten Abscesse hat seine eigene und völlig unabhängige Entwicklung, und wenn es in manchen Fällen durch Ruhe und geeignete Behandlung auch gelingt, die vollständige Resorption herbeizuführen, so gibt doch gewöhnlich irgend eine Ursache, als Excess im Coitus, die Menstruation, körperliche Strapazen, Veranlassung zu neuerlicher Hyperämie der Drüse, und wird dadurch auch im Stande sein, diese pericanaliculären Abscesse, welche



noch nicht vollständig verschwunden, sondern nur momentan zur Ruhe gekommen waren, neuerdings in Activität zu setzen, so dass das Uebel vom neuen beginnt und sich neuerdings Eiteransammlungen bilden.

Aus alledem ergibt sich schliesslich auch mit voller Klarheit die Berechtigung jener Therapie, welche auch von der Klinik als die beste und sicherste bezeichnet worden ist, nämlich der Excision der Drüse, da nur diese jede Recidive zu verhindern vermag, den Uebergang in das chronische Stadium unmöglich macht, mit einem Worte, eine thatsächliche radicale Heilung der Bartholinitis erreichen lässt.

Literatur.

1. Breton. De la bartolinite. Thèse de Strassburg, 1861. — 2. Audry. Précis des affections blenorrhagiques. — 3. Leistikow. Berliner klin. Wochenschrift, 1892. — 4. Legrain. Thèse de Nancy, 1888. — 5. Rille. Wiener medic. Presse, 1896, Nr. 13, p. 464. — 6. Alary. Thèse de Paris, 1891—92, Nr. 141. — 7. Arning. Vierteljahrschrift f. Dermat. u. Syph., 1883, p. 371. — 8. Bonnet. Gazette des hôpitaux, 1888, Nr. 69. — 9. Mauriac. Leçons sur les maladies vénériennes. Paris, 1883. — 10. Dujon. Thèse de Paris, 1897, Nr. 143. — 11. Langlebert. Traité des maladies vénériennes. Paris, 1864. — 12. Bergh. Jahrbücher des Vestre hospitales zu Kopenhagen, f. 1889. — 13. Leblanc. Thèse de Paris, 1895, Nr. 400. — 14. Welander. Vierteljahrschrift f. Dermat. u. Syph. 1889, p. 19. — 15. Saenger. Schmidt's Jahrbücher, 1889. — 16. Steinschneider. Berl. klin. Wochenschrift, 1887, Nr. 17. — 17. Felecki und Polazcek. Pester medic. chir. Presse, Budapest, 1889, XXV, p. 1157 und 1229. — 18. Touton. Archiv f. Dermat. u. Syphilis, 1893, p. 181. — 19. Finger. Die Blennorrhoe der Sexualorgane. — 20. Langerhans. Virchov's Archiv, Bd. 61, 1874. — 21. Sinety. Bulletin de la Société de Biologie. 31. Juillet, 1880.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I.

Fig. 1. Schnitt durch eine normale Bartholin'sche Drüse. (Koristka Occ. 2. Obj. 3.) a) Ausführungsgänge der Drüse, b) sackartiges Ende des Drüsenfollikels, c) Sinus, in welchen die Drüsenfollikel einmünden, d) blasse Fasern, e) gestreifte Muskelfasern. Fig. 2. Schnitt durch die Bartholin'sche Drüse vom 3. Falle. (Koristka Occ. 2. Obj. 4.) a) Proliferation des Epitheles der Ausführungsgänge. b) Ausführungsgang, durch kleinzellige Infiltration vollständig obliterirt. Fig. 3. Schnitt durch dieselbe Drüse. (Koristka Occ. 2, Obj. 4.) a) Sehr bedeutende Proliferation des Epitheles eines Ausführungsganges. b) pericanaliculärer Abscess. c) Oeffnung eines pericanaliculären Abscesses in einen Ausführungsgang nach Zerstörung der Wände desselben.

Aus dem ital. Manuscripte übersetzt von Dr. Th. Spietschka, Prag.



Ueber Dermatitis exfoliativa Ritter.

Von

Dr. **Rudolf Winternitz,**
Privatdocent an der deutschen Universität in Prag.

Im XLVII. Bande dieses Archivs hat Herr Luithlen eine Arbeit über Dermatitis exfol. Ritter veröffentlicht, in welcher er unter mehrmaliger unrichtiger Nennung meines Namens (Winterstein statt Winternitz) auch auf meine denselben Gegenstand behandelnde Mittheilung Bezug nimmt. Letztere ist vor einem Jahre in demselben Archiv (Bd. XLIV. Festschrift für Prof. Pick, II. Bd., p. 397) erschienen und gibt den Inhalt eines im Jahre 1897 im Verein deutscher Aerzte zu Prag gehaltenen, mit mikroskopischer Demonstration verbundenen Vortrags.

Beide Arbeiten beschäftigen sich mit der histologischen Untersuchung der erkrankten Haut. Wesentliches in den Vordergrund stellend erwähne ich, dass Herrn Luithlen's Befunde diesbezüglich im Grossen und Ganzen mit den meinigen übereinstimmen, d. h. meine Befunde bestätigen und dass auch er den Process, welcher sich bei der Dermatitis exfoliativa an der Haut abspielt, als einen entzündlichen ansieht. Dies wird man bei Vergleich der beiderseitigen Mittheilungen und Berücksichtigung der auf Taf. XXIX und XXX meiner Arbeit beigegebenen (fortlaufend 1—7 bezeichneten) 7 Abbildungen, welche den eingehend untersuchten Fall III betreffen, fast bezüglich sämmtlicher Details constatiren können. So findet sich die von Herrn Luithlen hervorgehobene stärkere Reteentwicklung mehrfach erwähnt, die ungenügende Verhornung von der Hornschicht entsprechenden Lagen findet Ausdruck in der Angabe über Kernhaltigkeit der betreffenden noch adhärenten oder lamellös abgehobenen Schichten. Meinen Ausführungen, die ich, um Wiederholungen zu vermeiden, den Hautschichten entsprechend zusammenfasste, liegen nicht nur die weitgehend exfoliirten, sondern auch weniger veränderte Hautstellen zu Grunde. So erwähne ich in dem Passus, der dem Zellgehalt im Bindegewebe gilt, Stellen, welche stärker mit Rundzellen infiltrirt, wo ein bedeutenderes und tieferes Epithelstratum vorhanden und nur eine lamellöse Abblätterung der obersten kernhaltigen (Horn-)Schichten erfolgt war (S. auch Fig. 5 und 6 auf Taf. XXX); es ist somit klar, dass mir auch jene Partien, wo „ausser den Entzündungserscheinungen des papillären und subpapillären Gewebes die abnorm starke Wucherung des Rete mit mangelnder Verhornung, worauf das charakteristische der Erkrankung, die Exfoliation, beruht" (Luith-



len), nicht entgangen sind. Der Exfoliation, als der dem Process Namen gebenden Erscheinung, habe ich eine breitere Besprechung gewidmet.

Herr Luithlen macht nun an meiner Arbeit mehrere Ausstellungen, von welchen ich auf die zweite, als mich natürlich mehr betreffende, zuerst reagiren will. Er ist der Ansicht, dass der 2. in meiner Arbeit beschriebene Fall nicht als Dermatitis exfoliativa, sondern als Pemphigus neonatorum zu betrachten sei und sucht dies durch folgende Momente zu begründen. Die Dermatitis sei bisher nie vor dem Ende der ersten Lebenswoche beobachtet worden, während mein Fall am 4. Lebenstage (NB. nach Angabe der Mutter; zur Beobachtung kam er am 14. Tage. Cfr. meine Publication) begonnen habe; fernerhin sei ganz abgesehen von Detailmomenten, die ganze Beschreibung des Falles, der Vergleich mit einer Verbrennung 2. Grades typisch für einen ausgebreiteten Pemphigus neonatorum in der ersten Lebenszeit; schliesslich und letztlich stimme auch der histologische Befund bei diesem Falle mit dem von Boeck und von Luithlen bei ausgebreitetem Pemphigus der Neugeborenen vollkommen überein, während er von dem in meinem 3. Falle erhobenen vollkommen verschieden sei. Auch der bakteriologische Befund, den ich erwähnt, spreche für die Identität meines 2. Falles mit Pemphigus neonatorum.

Was den ersten Punkt betrifft, so lehrt die Darstellung Ritter's und Escherich's, dass die Angabe von Herrn Luithlen zu weit geht. Ritter sagt, dass das Auftreten der Erkrankung selten vor Ablauf der ersten Woche falle, häufigst in die zweite, Escherich gibt an, dass bei seinen 5 Fällen, welche 7—14 Tage alt waren, die Blasenbildung schon in den ersten Lebenstagen bald im Gesichte, bald am Stamme oder den Extremitäten begonnen haben soll: also auch schon vor dem 7.—14. Tage, d. i. dem Aufnahmstage der betreffenden Kinder. Es scheint somit nicht, dass die Dermatitis exfoliat. nie vor dem Ende der ersten Lebenswoche beginnen könne und dass dies einen Grund abgeben könne, einen Fall deshalb von der Dermat. exf. abzusondern. Natürlich, wenn die übrigen klinischen Symptome stimmen. Und hierüber kann bei der zwar kurzen, aber alle wesentlichen Symptome enthaltenden Schilderung meines Falles 2 nicht gut ein Zweifel sein.

Die Röthe, welche vom Munde beginnend, in raschem Fortschreiten die ganze Oberfläche ergreift und auf derselben persistirt, die Schwellung der Haut, die eigenthümliche Erscheinung, dass die Hornschicht, ohne etwa sichtbar durch Flüssigkeit abgehoben zu sein, durch leichtes Verschieben förmlich zum Gleiten über der Unterlage gebracht werden kann, die Möglichkeit durch etwas festeres Anziehen der Fingerhaut, welche anscheinend normal haftet, die Epidermis d. i. die Hornschichte in toto in fingerlingartigen Hülsen abzuziehen, die überall ermöglichte aber namentlich an gewissen Stellen, wie Gesicht, Hals, Nabelgegend und anderen recht bald nach Beginn der Erkrankung ohne Blasenbildung erfolgende Abhebung der Hornschichte, die an anderen, einfach gerötheten Stellen vorhandene lamellöse Abschuppung, die ich im Decursus verzeichne, die unter Abschilferung erfolgende Abblassung, alles

dies gibt einen so charakteristischen Symptomencomplex, dass eine andere Diagnose als Dermatitis exfoliat. nicht möglich ist.

Ritter verglich das Aussehen der der Epidermis beraubten Stellen mit einer Verbrühung, er und Escherich sprechen davon, dass die Stellen zerschunden erscheinen, während ich das Bild einer Verbrennung 2. Grades (d. i. selbstredend nach Abgang der Blasendecke) benützte.

Man vergleiche doch mit meinem Falle das Symptomenbild, das Herr Luithlen vom Pemphigus neonatorum in seiner differenziell diagnostischen Tabelle (im Anhange) zeichnet und wird finden, dass beide vollkommen verschieden sind. Dass schliesslich der histologische Befund meines 2. Falles mit dem von Boeck und Herrn Luithlen bei ausgebreitetem Pemphigus der Neugeborenen vollkommen übereinstimme, erscheint nach dem Wenigen, was diesbezüglich in meiner Arbeit steht und bei Betrachtung des kleinen als Fall II bezeichneten Bildchens auf Tafel XXX kaum verständlich. Diesem Falle, dem ich bloss ein kleines Hautstückchen in stadio reparationis exstirpiren konnte, sind nämlich nur 5 Zeilen gewidmet, in denen gesagt wird, dass leichte Abblätterung einer kernlosen Hornschichte ein kräftiges Stratum granulosum und eine geringe kleinzellige Infiltration des Coriums vorhanden waren. Dass dies dem Befund bei ausgebreitetem Pemphigus etwa in dem Falle Boeck entsprechen sollte, kann ich nicht zugeben. Vergleiche ich aber mit meiner Beschreibung und Abbildung das, was Herr Luithlen über ein Hautstückchen seines 2. Falles von Dermatitis exfol., das von der Wange von einer in Rückbildung begriffenen Stelle stammte, so finde ich kaum einen erheblichen Unterschied. Höchstens könnte die Stelle in meinem Falle als noch weiter abgeheilt angesehen werden.

Nach dem Gesagten kann ich es absolut nicht zugeben, dass die Begründung des Herrn Luithlen bezüglich meines 2. Falles eine zutreffende ist, vielmehr bin ich nach wie vor der festen Ansicht, dass mein 2. Fall (ebenso wie mein 1.) ein so typischer, acut verlaufender Fall von Dermatitis exfoliat. gewesen ist, als ihn Ritter beschrieben.

Es ist kaum nöthig, wenn ich hier hinzufüge, dass meine beiden Fälle von Collegen, gewesenen Assistenten des hiesigen Findelhauses, gesehen und als typische Fälle von Dermatitis bezeichnet wurden und dass meine im Vortrage gegebene Beschreibung dieser Fälle von berufenster Seite, welche das grosse Material der Ritter'schen Dermatose aus eigener Anschauung kennt, keinen Widerspruch erfuhr. Und wenn ganz zuletzt Herr Luithlen den bakteriologischen Blutbefund meines 2. Falles zu Gunsten der Diagnose Pemphigus anführt, so muss bemerkt werden, dass ein derart vereinzelter Befund, zum ersten Male bei einem Falle von Dermatitis erhoben, überhaupt nicht zur Einreihung eines Falles in eine bestimmte Gruppe verwendet werden darf, eben wegen seiner Vereinzeltheit. Ich habe mich deshalb bezüglich der Bedeutung des Befundes vollkommen reservirt verhalten, ja es nicht einmal ausgeschlossen, dass die Mikroorganismen in meinem Falle erst secundär in's Blut gelangt sind.

Auf die anderen Ausstellungen des Herrn Luithlen, nämlich, dass ich



mit Unrecht den Fall Boeck's zur Dermatitis exfoliativa rechne, weiters, dass er meiner Vergleichung von Dermatitis exfol. und Pemphigus nicht beistimmen könne, habe ich eigentlich kaum Veranlassung zu erwidern. Der Fall Boeck's bildet für meine Arbeit eine Literaturangabe, mit deren Vorhandensein oder Fehlen nichts Wesentliches in meinen Ausführungen berührt wird. Die Schilderung Boeck's, die manches vom Pemphigus Abweichendes enthält, seine stricte Angabe, dass sein Fall nichts mit dem Pemphigus neonatorum acutus gemein habe, der sehr aphoristische Sectionsbefund der Haut, alles liess und lässt die Möglichkeit einer Einreihung des Falles zur Dermatitis zu. Dass Boeck seinen Fall nicht von der Dermatitis exfol. differencirt, liegt darin, dass seine Beobachtung und Ritter's zusammenfassende Darstellung zu gleicher Zeit erschienen, während die erste Schilderung Ritter's nach des letzteren Ausspruch keine allgemeine Beachtung gefunden hatte. Uebrigens sei darauf aufmerksam gemacht, dass ich die Einreihung des Boeck'schen Falles nicht erst vornahm, sondern in der Literatur schon vorfand. Bohn (Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt) und Elliot rechnen den Fall Boeck's zur Dermatitis.

Und was schliesslich meine Vergleichung der Dermatitis exfoliat. mit dem Pemphigus betrifft, so scheine ich von Herrn Luithlen missverstanden worden zu sein. Die Vergleichung betrifft meine bei der Dermatitis an den exfoliirten Stellen erhaltenen Resultate mit jenen, welche beim Pemphigus (der Erwachsenen) an den Blasen resp. den hiebei gesetzten Substanzverlusten von den Autoren erhoben worden sind. Diese Vergleichung ist keine Gleichstellung; ich selbst weise darauf hin, dass spätere Untersuchungen die histologischen Differenzen ausgleichen oder vertiefen werden. Ich vermag demgemäss im Aufstellen neuer Differenzpunkte keinen Grund zu einer Antithese gegen mich zu finden und umso weniger, als gegenwärtig die Vergleichung sich verschoben hat und statt des Pemphigus des Erwachsenen der des Neugeborenen herangezogen werden kann.

Für die Dermatitis bin ich keineswegs der Ansicht, wie mich Herr Luithlen sagen lässt, „dass die Exsudation, sowie die durch Blutungen hervorgerufenen Retetrennungen das hauptsächliche der Erkrankung ausmachen," vielmehr halte ich für das wichtigste, weil ursächliche Moment die Entzündung (welche ein vorwiegend seröses Exsudat liefert), da sie sämmtliche Erscheinungen, als: die Veränderungen im Papillarkörper, die Wucherung des Epithels und die Epidermisverluste, die als kernhaltige, d. i. nicht verhornte Schuppen oder selbst tiefere lamellöse Exfoliationen, je nach dem Grade der Entzündung erfolgen, erklärt.

Zum Schlusse die Bemerkung, dass es der literarischen Gepflogenheit besser entsprochen hätte, wenn Herr Luithlen schon in der Einleitung einen wenn auch nur kurzen Auszug meiner histologischen Ergebnisse gegeben hätte, wenigstens jenes Theils, den er selbst bestätigen konnte, auch hätte Herr Luithlen aufmerksam citiren und nicht statt meines Namens sechsmal, d. i. jedesmal denselben falschen Namen stehen lassen sollen.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Februar 1899.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Matzenauer.

Neumann demonstrirt Moulagen von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens.

Kaposi stellt einen Mann mit Lichen ruber planus vor, bei dem die Affection nur auf den Handrücken beschränkt ist; sie erscheint in streifenförmigen, verschieden breiten und scharf abgegrenzten Herden am Handrücken und in Form von pernioähnlichen Plaques an der Dorsalfläche der Finger. Ueber dem Handwurzelgelenk finden sich charakteristische Plaques. Kaposi weist darauf hin, dass der Lichen ruber planus sehr oft an der Flachhand mit Schwielenbildung beginne und hier sehr lange bestehen könne, bevor sich an anderen Stellen Herde zeigen. Die streifenförmigen Herde sind eine Folge von mechanischen Irritationen, es handelt sich bei ihnen um eine Förderung der Eruption durch künstlich erzeugte hyperämische Processe. Dieses Moment gilt sowohl für die oft eigenthümliche Anordnung der Herde bei Psoriasis wie bei Lichen ruber; bei letzterem ist die Anordnung der Streifen manchmal netzförmig, manchmal geflechtartig rings um den Hals (Lichen ruber moniliformis) oder querverlaufend am Abdomen. Auch die Nervennaevi haben mit dem Verlaufe der Nerven nichts zu thun.

Kaposi demonstrirt einen Mann mit Tuberculosis miliaris mucosae oris; an der Schleimhaut der Lippe, der Wange und am Zahnfleisch finden sich zahlreiche stecknadelkopfgrosse, ausserordentlich seichte, scharf abgegrenzte Substanzverluste mit grauem Belage; in der Mitte der Oberlippe sind die Herde zu einem grösseren Substanzverluste confluirt, der den kleinen Knötchen entsprechend einen feinzackigen Rand zeigt, und in dem die kleinen Substanzverluste wie mit einem Locheisen ausgeschlagen sind. Zur Behandlung empfiehlt sich Jodglycerin, unter welchem die Schmerzhaftigkeit rasch weicht.

Kaposi demonstrirt einen 60jährigen kräftigen Mann mit einem Carcinoma epitheliale serpiginosum (Schornsteinfeger-



krebs); der Process nimmt die ganze rechte Temporalgegend und die angrenzende Stirnpartie ein und ist von einem etwas erhabenen Saum scharf gegen die Umgebung abgegrenzt. Die Oberfläche erscheint von der Beschaffenheit einer flachen Narbe und besitzt eine rauchgraue Farbe; der Rand setzt sich aus stecknadelkopfgrossen, sehr derben Auflagerungen und schwarzen Krusten zusammen und sendet Streifen ins Innere des Herdes; hie und da linsengrosse, granulirende Wucherungen. Der Process kann sich Jahrzehnte lang fortsetzen und sich durch periphere Nachschübe vergrössern, ohne dass es zu regionärer Drüsenschwellung und zu tiefgreifendem Carcinom kommt.

Kaposi stellt einen Mann mit einem grossen Gumma in der rechten Glutaealregion vor, das sich durch seine Configuration aus zweien zusammengesetzt erweist.

Kaposi demonstrirt einen älteren Mann mit einem lupösen Infiltrat in der linken Trochanterregion; die Innenpartie ist eine flache, weisse Narbe, der äussere Theil ein breites, lebhaft rothes Band.

Kaposi demonstrirt ein 10jähriges Mädchen mit multiplen kleinen Lupusherden an der Wange und bespricht den Werth der frühzeitigen Exstirpation in solchen Fällen.

Lang demonstrirt einen 33 Jahre alten Mann mit embryonalen Entwicklungsfehlern an der rechten Hand. Hand und Finger sind kleiner als auf der linken Seite und die Finger zwischen Index und dem kleinen Finger durch schwimmhautähnlich verlängerte Interdigitalfalten ausgezeichnet. Ausserdem ist bei dem Kranken Mangel des Pectoralis major der rechten Seite zu constatiren;

ein 26 Jahre altes Mädchen, welches vor wenigen Monaten die Abtheilung nach Heilung eines papulösen Syphilids verliess; jetzt zeigt die Kranke ausser Papeln am Genitale und einer Papel am linken Mundwinkel ein epulisähnliches Infiltrat am Alveolarfortsatz des linken Oberkiefers bis auf den harten Gaumen sich erstreckend; in dem Infiltrate stecken einige Wurzelstümpfe;

einen 20jährigen Tischlergehilfen mit Sclerose und eben ausgebrochenem maculopapulösem Syphilid, welcher eine Periostitis am rechten Augenhöhlenrand aufweist, die dem Patienten grosse Schmerzen verursacht und so bedeutend entwickelt ist, dass die Schwellung nicht nur getastet, sondern auch von der Entfernung sehr leicht bemerkt werden kann.

Kaposi erinnert daran, dass er schon vor längerer Zeit darauf hingewiesen habe, dass Tophi und Periostitiden im Frühstadium oft auch zusammen mit Roseola vorkommen.

Neumann weist darauf hin, dass solche frühe Periostitiden besonders bei Leuten vorkommen, welche sich während des Eruptionsstadiums vielen Schädlichkeiten aussetzen.

Ehrmann macht auf die Virchow'sche Unterscheidung der Periostitiden in irritative und nicht irritative aufmerksam; erstere kommen



im Proruptionsstadium vor. Durch periostale Schwellungen an der Pleura costalis können auch pleuritische Schmerzen veranlasst werden.

Neumann demonstrirt eine 39jährige Taglöhnerin mit Xeroderma pigmentosum. An Stamm, Rücken und Brustpartie, und an Intensität zunehmend gegen Hals und Gesicht dicht gedrängte lentigines-artige Pigmentflecke von variabler Grösse, zwischen denen namentlich im Gesichte glänzende atrophische Stellen von Linsen- bis Hanfkorngrösse sich finden. Das buntscheckige Aussehen wird noch durch zahlreiche Gefässectasien erhöht. Die unteren Augenlider straff gespannt, der Lidrand geröthet und leicht ectroyionirt, namentlich am äusseren Rand des linken unteren Augenlides. Beiderseits ein Pterygnum. In der Mitte der Nasenoberfläche ein haselnussgrosser, cyanotisch gefärbter Knoten mit Pseudofluctuation, dessen Inhalt durch Druck zum Theil zum Schwinden gebracht werden kann (Angiom). Eine doppelt so grosse, flache, vorspringende Geschwulst an der linken Wange mit warzig höckeriger Oberfläche von beträchtlicher Derbheit (Carcinom). Die pigmentirten und atrophischen Stellen setzen sich auf die Schleimhaut der Ober- und Unterlippe fort. Mund und Rachengebilde normal. Besonders sind die Streckflächen der Oberextremitäten betheiligt mit zunehmender Intensität gegen den Handrücken. Während am Oberarm die weissen Flecke dem Gefühle nach als geschmeidige Haut sich erweist, hat man beim Darüberfahren mit dem Finger am Vorderarm das Gefühl von zahlreichen dellig vertieften und dazwischen vortretenden Stellen. An der Beugeseite ist die Haut mit zahlreichen braunen Pigmentirungen versehen, jedoch glatt und weich; am Handrücken die Haut fast vollständig narbig, von grobhöckeriger Oberfläche, indem hier dicht gedrängte, nur flach vorspringende erbsengrosse Knoten hervorragen. In ähnlicher, jedoch mit geringer Intensität sind auch die Unterextremitäten befallen.

Eine 42jährige Patientin mit Lupus erythematosus. Die Affection besteht seit 4 Jahren. Am Nasenrücken und an der Wange r. je eine kronengrosse, scheibenförmige Stelle, auf welcher auf gerötheter, mit ectatischen, kleinen Gefässen durchzogener Haut dünne, schmutzigbraune Krusten aufliegen. An der Nasenspitze die Haut narbig, atrophisch. Die Follikel zum Theil erweitert, zum Theil mit Comedonen vollgepfropft. Die Ohrmuscheln beiderseits geröthet oder rostfarbig mit dünnen, festhaftenden Schuppenlamellen bedeckt, ähnlich die Ohrmuschel selbst, gleichfalls an der angrenzenden Haut der Wange und Stirne linsen- bis kreuzergrosse Plaques mit etwas eingesunkenen, narbig atrophischen und häufig mit festhaftenden kleinen Schuppen bedecktem Centrum. Es bestehen Menstruationsanomalien.

Eine 20jährige Magd mit Selerose an der Oberlippe; dieselbe rüsselartig vorstülpend. Vom Lippenroth bis zum Frenulum der Oberlippe ein kronengrosses, scharf begrenztes Geschwür von beträchtlicher Derbheit, das an seiner äusseren Hälfte mit einer dunkelrothbraunen Kruste, an dem Schleimhautantheile mit gelblich festhaftendem Belage bedeckt ist. Am Unterkiefer rechts zwei nussgrosse Drüsen, links ein



übernussgrosses Submental und Unterkieferdrüsen nicht vergrössert. Beide Tonsillen vergrössert und blass, an der Innenseite ein kreuzergrosser, schmutzig belegter Plaque. Patientin wurde am 28. December v. J. aufgenommen; damals keine Inguinal- und Cubitaldrüsenschwellung, die kleinen Labien und die Schleimhaut der Vagina geröthet, geschwellt, gelockert, die vordere Vaginalwand prolabirt, livid verfärbt; vom Urethralwulst spannt sich brückenartig ein Schleimhautstreifen als Rest eines Hymenseptus. Derzeit ist rechts eine bohnengrosse Cubitaldrüse. Die Sclerose überhäutet.

Eine 26jährige Patientin mit einem Gumma der Oberlippe und des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers. Dieselbe stand im Feber 1895 mit Sclerosis ad portionem, vaginalem et Sclerosis ad labia minora und Exanthema papulo-pustulosum auf der Klinik mit Einreibungen in Behandlung. Gegenwärtig zeigt sich die Oberlippe in ihrer rechten Hälfte stark vorgewölbt, verdickt und beträchtlich derb. An der Innenseite ein über kronengrosses Geschwür mit grobhöckeriger Oberfläche und missfärbigem Belage bedeckt; die Ränder vorn steil abfallend, hinten buchtig und unterminirt. Das Zahnfleisch des Oberkiefers verdickt, geschwellt, missfärbig belegt. An Stelle des ersten rechten Schneidezahnes ein spaltförmiges tiefes Geschwür, durch das die Sonde auf rauhen Knochen stösst. Dieses Geschwür erstreckt sich oberflächlich links bis zum Eckzahn, rechts bis zum zweiten Backenzahn. Am Uebergange vom Zahnfleisch zur Lippenschleimhaut vertieft es sich kraterförmig, doch stösst hier die Sonde nicht auf rauhen Knochen. Die Zähne im Bereiche der Affection gelockert.

Eine 40jährige Patientin mit Gumma palati mollis. Der ganze weiche Gaumen lebhaft geröthet, ziemlich stark infiltrirt. Die obersten Partien der Uvula am Uebergang zum weichen Gaumen grösstentheils eingenommen von einem auf die beiden rückwärtigen Gaumenbogen übergreifendem Geschwür, dessen untere Grenzen durch die rückwärtigen Zungenpartien gedeckt werden und das rechterseits auch einen halbkreuzergrossen Defect am vorderen Gaumenbogen gesetzt hat. Die Ränder des Geschwüres zum Theil circulär, zum Theil zackig, überall jedoch steil, scharf abgegrenzt. Oberfläche höckerig, mit missfärbig gelbgrünlichem Belage bedeckt. Das Geschwür ohne Derbheit. An der rechten und seitlichen Rücken- und Brustfläche gürtelförmig angeordnete, decolorirte, linsengrosse Narben nach Herpes zoster. Bisher unbehandelt.

Eine 42jährige Patientin mit Gummata cruris. Aus der Anamnese ergibt sich Folgendes: Im Juni 1890 Exanthema papulosum, lenticuläres und tuberculöses Syphilid. November desselben Jahres Exanthema papulosum. August 1891 Gummata cutanea an der Haut der oberen Extremitäten. Derzeit ist die äussere Malleolargegend des linken Fusses in Flachhandgrösse geschwellt, ödematös, blauroth. In der Mitte zwischen Sprunggelenk und Fusssohle dicht an einander gedrängte, halbpfennig-grosse Geschwüre mit steilen, kraterförmigen Rändern, mit speckigem Belage am Grunde. Das oberste Geschwür ist am grössten und tiefsten



und hat weit unterminirte Ränder. Oberhalb derselben finden sich zwei haselnussgrosse, schmerzhafte Knoten, über welchen die Haut livid geröthet und gespannt erscheint. Die Tibien scharfkantig.

Einen 24jährigen Kranken mit Lupus narinus et palati mollis. Nase und Nasenflügel in die Breite gezogen, der rechte Nasenflügel fehlt. Septum cartilagineum perforirt, das Knocherne intact. An der Nasenspitze und linker Nasolabialfurche und angrenzenden Oberlippe die Haut diffus rothbraun mit abschilfernden linsengrossen Lamellen. An den Rändern hanfkorngrosse, braunrothe Knötchen in die Haut eingesprengt. Oberlippe verdickt, mit gelbbraunen Krusten bedeckt; der erhaltene Theil des Septums nach links ausgebuchtet. Der linke Naseneingang mit eingetrockneten Secretmassen belegt. Der ganze weiche Gaumen und vordere und rückwärtige Gaumenbogen und Uvula von kleinhöckeriger Oberfläche, wie mit Sagokörnern bedeckt. Aus zahlreichen stecknadelkopfgrossen Geschwüren und vorspringenden Knötchen bestehender Grund mit einem dünnen, grauen Belag bedeckt.

Einen 20jährigen Mann mit einem syphilitischen Primäraffecte in der linken Regio mastoidea. In dem nicht mehr behaarten Theil des Nackens befindet sich ein etwa kronengrosser Substanzverlust, der im Centrum mit einer schwärzlichbraunen, dünnen Kruste bedeckt, dessen Peripherie von einem aufgeworfenen, derben Rand gebildet ist. Der letztere ist blutig suffundirt. Die oberste Epithelschicht leicht abstreifbar, darunter ein dunkelrothbrauner, Serum absondernder Substanzverlust. Eine Ingulardrüse derselben Secte bohnengross, hart, schmerzlos, eine ebensolche erbsengrosse in der linken Clavicalargrube.

F. Winkler: Dem Wunsche unseres Vorsitzenden folgend haben Beck und ich uns geeinigt, unsere Präparate dem Herrn Prof. Weichselbaum vorzulegen. Weichselbaum hat zuerst vier meiner Präparate angesehen und sich gegen die Deutung der Kugeln als Artefacte ausgesprochen; als Beck aber ihm sein Gebilde demonstrirte, musste er zugeben, dass er die Identität der von mir demonstrirten Kugeln mit den von Beck gezeigten nicht mehr ausschliessen könne. Es ergibt sich somit daraus, dass thatsächlich die Carbolthioninmethode die Veranlassung zur Bildung von Kunstproducten geben kann; Weichselbaum ist geneigt, dies auf die unvollständige Lösung des Thionin in Carbolsäure zurückzuführen. Ich möchte dazu nur bemerken, dass ich, wie ich letzthin anführte, an die Stelle der Thioninfärbung die Färbung mit polychromem Methylenblau und die Färbung mit wässerigem Neutralroth gesetzt habe; die Farbstofflösungen sind sicherlich vollständige Lösungen. Mit beiden Methoden kann man die Kugeln schön zur Darstellung bringen, ohne sich dem Vorwurfe auszusetzen, dass man es mit Tropfen aus der Farblösung zu thun habe. Weiters lassen sich die Gebilde auch ungefärbt beobachten; es liegt also gewiss kein Anlass vor, an der Realität der von mir seinerzeit mitgetheilten Befunde zu zweifeln.

Für wichtig halte ich es ferner zu constatiren, dass ich die erwähnten Körperchen niemals als Mikroorganismen gedeutet habe, wenn



ich auch die Möglichkeit, dass man einstens dazu gelangen könnte, sie für Mikroorganismen zu halten, in meiner vor fast zwei Jahren erschienenen vorläufigen Mittheilung nicht ausgeschlossen habe. In meiner Hauptarbeit, die ich im Privatlaboratorium des Herrn Ehrmann ausführte und im „Archiv für Dermatologie" publicirte, ist diese Möglichkeit gar nicht mehr erwähnt, sondern die Körperchen sind expressis verbis als Kerndegenerationsproducte gedeutet und das Vorkommen ähnlicher Degenerationen bei Lupus vulgaris beschrieben.

Der Umstand, dass ich in den mir von verschiedenen Seiten zur Verfügung gestellten syphilitischen Producten regelmässig die Kugeln fand, sie aber bei malignen Neoplasmen, spitzen Condylomen und venerischen Geschwüren nicht zu finden vermochte, hat mich zur Vermuthung veranlasst, dass diese Kerndegeneration eine Folge des syphilitischen Processes sei; ich wiederhole aber, dass ich, wie ich schon letzthin ausgesprochen habe, ihr Vorkommen bei Syphilis nur als Folge des chronischen Processes im Gegensatze zum acuten Processe beim venerischen Geschwür angesehen wissen will.

Beck stellt die Anfrage, ob die mit den neuen Methoden zu färbenden Gebilde mit der nach der Thioninmethode dargestellten in morphologischer Hinsicht identisch sind.

Winkler bejaht die Frage und behält sich vor, nach Abschluss seiner Untersuchungen noch einmal auf diese Frage zurückzukommen.

Ehrmann: Ich habe zu der Erklärung des Herrn Dr. Winkler Folgendes zu bemerken: Ein Theil der von Winkler gesehenen Körperchen ist zweifellos ein Product von Kerndegeneration, das beweist der Zusammenhang mit Mitosen, so zwar ein Theil des Muttersterns zu einem solchen Körperchen umgewandelt erscheint. Bezüglich jener Körperchen, wo dieser Zusammenhang nicht sichtbar ist, müssen weitere Untersuchungen, bei denen andere Methoden in Anwendung kommen, Klarheit bringen. Die Körperchen von Beck sind vielfach, aber durchaus nicht alle den Winkler'schen ähnlich. Dass sie mit der Syphilis als solcher nichts zu thun haben, ist, glaube ich, sicher. Uebrigens ist das Thema, so wie die Methode, wie ich ausdrücklich hervorheben muss, vollständig Dr. Winkler's geistiges Eigenthum. Ich kann nur für das eintreten, was bezüglich des Zusammenhanges mit Mitosen gesagt und abgebildet wurde.

Hock weist auf die Nothwendigkeit hin, die Mitosen und ihren Zusammenhang mit den Winkler'schen Körperchen an ungefärbten Präparaten zu studiren.

Neumann resumirt das Ergebniss der Discussion und spricht den Wunsch aus, dass die Frage weiter studirt werde.

Ullmann weist auf die Aehnlichkeit mit Kerndegenerationen im Allgemeinen hin und bemerkt, dass, nachdem die Winkler'schen Körperchen für die Syphilis nichts Specifisches bedeuten, diese Frage überhaupt vor ein anderes Forum gehöre.



Sitzung vom 22. Februar 1899.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Matzenauer.

Kaposi stellt ein 17jähriges Mädchen mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer beginnenden Xeroderma pigmentosum vor. Im Bereiche beider oberen Extremitäten, an der Streck- und Beugeseite, finden sich unregelmässig zerstreute, stecknadelkopfgrosse, flache, lebhaft rothe Flecke von etwas gerunzeltem Aussehen. Hie und da dünne Schüppchen, welche mit dem Nagel nicht abzuheben sind, so dass man den Eindruck gewinnt, als ob die schuppenden Stellen einer beginnenden Atrophie entsprechen würden. Aehnliche Flecke finden sich am Halse und am Thorax. An den Unterschenkeln eine Andeutung von Lichen pilaris. Man könnte deshalb ausser an ein tardiv einsetzendes Xeroderma pigmentosum auch an eine Ichthyosis mit Atrophie denken; doch spricht das Auftreten der Erscheinungen im ganzen Bereiche der oberen Extremitäten, also auch an deren Beugeseite, eher gegen die Annahme einer Ichthyosis. Der Zustand besteht seit zwei Jahren; in der Familie ist nichts Aehnliches vorgekommen.

Kaposi demonstrirt eine 84jährige Frau mit einem Epithelialcarcinom in der Mitte des rechten äusseren Fussrandes; diese Stelle ist für Pigmentsarcome nicht ungewöhnlich, wohl aber für Epitheliome.

Kreibich macht darauf aufmerksam, dass an den Streckseiten der Arme bei dem Mädchen xerodermaähnliche Veränderungen, atrophische Stellen, zahlreiche Pigmentflecke, senile Warzen und Angiome zu sehen sind.

Kaposi bemerkt, dass bei einer senilen Haut neben senilen Warzen noch multiple Epitheliome vorkommen können.

Ehrmann hat auch einen ähnlichen Fall von Epitheliomen ohne Xeroderma gesehen.

Kaposi stellt einen Mann mit Lichen ruber planus vor; an der Flachhand finden sich 3—4 linsengrosse, schwielige Verdickungen, die das Bild einer Psoriasis palmaris syphilitica bieten, deren Schuppen nicht ablösbar sind; die Diagnose eines Lichen wird durch die Anwesenheit von charakteristischen Knötchen in der Beuge des Handwurzelgelenks unterstützt.

Kaposi demonstrirt ein 18jähriges Mädchen mit einer intensiven Purpura rheumatica, die sich durch ungemein rasches Auftreten der Blutungen und rapide Resorption derselben auszeichnet. Beginn der Erkrankung vor 3 Wochen; 12 Tage später fanden sich beim Eintritt des Mädchens in die Klinik an den unteren Extremitäten sowie an den Vorderarmen in grosser Ausbreitung diffuse Hämorrhagien, daneben Gelenkschwellungen. Unter starkem Fieber traten an anderen Körperstellen frische Hämorrhagien auf, es kam zu Bluterbrechen und zu Blut-

harnen; die Hämaturie trat anfallsweise auf, entsprechend schubweisen Hämorrhagien in die Niere. Nach kurzer Pause kam es unter neuerlichen heftigen Fieberanfällen zu Darmblutungen und ausgedehnten Hauthämorrhagien mit Blasenbildung. Das Zahnfleisch ist intact. Da man auch an eine Phosphorvergiftung denken konnte, wurde das Erbrochene untersucht; doch wurde kein Phosphor gefunden.

Neumann macht darauf aufmerksam, dass manchmal bei Purpura rheumatica Blasen mit blutigem Inhalt, ähnlich wie bei Purpura variolosa vorkommen.

Kaposi stellt sich das Zustandekommen der hämorrhagischen Blasen derart vor, dass sich aus dem Blutkuchen das Serum ausgepresst hat und in das zerwühlte Rete Malpighii eingedrungen ist; es sei also consecutiv zur Blasenbildung gekommen.

Lang erwähnt eines Falles, wo es im Anschluss an eine gangränöse Sclerose, deretwegen die Ablatio praeputii vorgenommen werden musste, zur Sepsis mit Hauthämorrhagien namentlich an den unteren Extremitäten kam. Bei der Obduction fanden sich Abscesse in der Leber.

Neumann demonstrirt einen 29jährigen Schlosser mit paroxysmaler Hämoglobinurie, welcher vor 3 Jahren Syphilis acquirirt und seither wiederholt wegen Recidiven in Behandlung gestanden ist. Bei demselben stellen sich alle 2—3 Tage Fieber- und Frostanfälle ein, welche 2—8 Stunden gewöhnlich dauern und einen dunkelbraunen, fast schwärzlichen aber nicht trüben Urin zur Folge haben. In der fieberfreien Zeit vollständiges Wohlbefinden und lichter, klarer Urin. Dieser Zustand soll vor einem Jahre begonnen haben, wobei anfangs nur alle 14 Tage bis 3 Wochen derartige Anfälle auftraten.

Lang stellt einen jungen Mann vor, den er im Jahre 1892 an ausgedehntem Lupus der rechten Gesichtshälfte operirt hatte. Ein nach der Operation zurückgebliebenes Ectropium hat sich ausgezeichnet corrigiren lassen. Es sind jetzt seit der Operation mehr als 6 Jahre verstrichen. Der Fall spricht für die Ueberlegenheit der operativen Behandlung des Lupus, weil bei demselben schon früher alle anderen Behandlungsmethoden vergeblich versucht worden waren.

Neumann betont, dass bei Lupus vulgaris nach Heilung der Hauterkrankung eine Infiltration im subcutanen Bindegewebe und in den Muskeln zurückbleiben könne. Wenn in solchen Fällen Recidive auftreten, so handle es sich um derartige zurückgebliebene Keime. Aehnlich verhalte es sich bei Recidiven in situ bei Syphilis.

Kaposi demonstrirt einen Fall von Herpes zoster mit zwei stark ausgebreiteten Herden am Rücken und an der Mamma linkerseits. Im Anschlusse daran berichtet er über einen von ihm beobachteten Fall von Herpes zoster gangraenosus hystericus mit vier ausgebreiteten Herden, wobei die Patientin nur über Jucken am Rücken klagte.

Kaposi zeigt eine Kranke mit Pemphigus vulgaris, dessen Anfangsstadium an ein Eczem denken liess, da der ganze Körper mit Krusten und kleinen nässenden Epidermisverlusten bedeckt war. Nach



Entfernung derselben mit erweichenden Salben traten in den letzten Tagen an einzelnen Stellen, so über dem Sprunggelenke, acute Blaseneruptionen auf, sonst erscheint die Haut normal.

Kaposi demonstrirt einen Mann mit grossen Flecken von Herpes tonsurans maculosus an der Innenseite der Oberschenkel; in den Flecken wurden zahlreiche Mycelien in lebhafter Vegetation gefunden. Die Pityriasis rosea sei keine selbständige Erkrankung, sondern mit dem Herpes tonsurans identisch.

Neumann theilt mit, dass sein Assistent Ehmann ein Verfahren gefunden habe, welches eine leichte Darstellung der Mycelfäden gestatte; man legt die Schuppen in Xylol und untersucht sie in dieser Flüssigkeit. Da man mit dieser Methode in den Schuppen von Herpes tonsurans maculosus die Mycelfäden nachzuweisen vermag, liege gar kein Grund vor, die von F. v. Hebra aufgestellte Unterscheidung des Herpes tonsurans in eine maculöse und eine vesiculöse Form fallen zu lassen und die erstere als Pityriasis rosea zu bezeichnen.

Ullmann macht aufmerksam, dass auch er bei der maculösen Form Mycelien gefunden habe, dass ihm aber niemals die Züchtung gelungen sei; auch die Uebertragung auf einen anderen Menschen sei ihm nicht geglückt.

Lang demonstrirt einen 24jährigen Mann mit Spondylitis cervicalis, der im Jahre 1897 syphilitisch inficirt wurde. Die Spondylitis trat im Jahre 1898 auf. Da aber bei dem Manne gleichzeitig Hämoploe besteht, so scheint die luetische Natur der Spondylitis nicht sichergestellt.

Einen 36 Jahre alten Mann mit einem Pigment- und Haarnaevus, der die rechte Schulter und die rechte obere Extremität occupirt.

Einen Fall von Atrophia cutis idiopathica, der im Jahre 1896 von Hofrath Neumann vorgestellt worden war. Seit jener Zeit sind kaum erhebliche Veränderungen zu constatiren, nur in der Lumbalgegend scheint der Process an Intensität zugenommen zu haben. Der Ernährungszustand des Kranken ist ziemlich gut.

Kaposi berichtet über den seinerzeit von ihm vorgestellten Fall von Atrophia cutis; bei dem Patienten trat anfallsweise eine Hyperhydrosis universalis auf, es kam weiterhin zu einer Schrumpfung der Schleimhäute, zu enormer Abmagerung und zu colliquativen Diarrhoen, wahrscheinlich in Folge der Atrophie der Darmfollikel, endlich zum Exitus letalis.

Neumann demonstrirt 1. einen 32jährigen Dienstmann mit serpiginösen Gummat. cutan. an Stirn- und Schläfengegend. Daselbst findet sich eine flachhandgrosse Narbe, innerhalb welcher strangartig vorspringende livide Narbenzüge sich durchkreuzen, und an deren Peripherie ein schmales braunrothes Infiltrat, das mit gelbbraunen Krusten bedeckt ist, in Schlangenlinien weiterschreitet, ähnlich einem Ulcus rodens. Das obere Augenlid hochgradig ektropionirt, die Conjunctive palpebrae durch Narbenzüge bis auf die Stirnhaut hinaufgezogen, so dass



die Augenbrauenbogen fehlen. Syphilis seit 1892, 4 Jahre später zerfallende Gummen im Pharynx und Larynx, in Folge deren es zur Zerstörung des ganzen weichen und eines Theiles des harten Gaumens kam, so dass der Kranke jetzt einen Obturator tragen muss. Das knöcherne Nasengerüst gleichfalls grösstentheils fehlend.

Kaposi verweist auf die grosse Aehnlichkeit dieses Falles mit dem von ihm in der letzten Sitzung vorgestellten Fall von serpiginös weiterschreitenden Schornsteinfegerkrebs an der Schläfe.

2. Ein 18jähriges Mädchen mit Psoriasis vulgaris, welches mit täglichen Injectionen von Natrium kakodilicum behandelt wurde. Beim Spitalseintritt vor 10 Wochen bestand eine universelle Eruption, wobei die einzelnen Efflorescenzen mit einem schmalen, rothen Hof umgeben und mit mächtigen Schuppen bedeckt waren; insbesondere war auch die behaarte Kopfhaut mit massigen, mörtelartigen Schuppenauflagerungen bedeckt. Nach 40 Injectionen begann ein Schuppenabfall, die Efflorescenzen fast vollständig im Hautniveau; jetzt nach 70 Injectionen nur mehr an Stelle der früheren Efflorescenzen eine rostfarbige Pigmentirung zurückgeblieben. Die Kranke hat keinerlei Bäder erhalten.

3. Ein 21jähriges Mädchen mit einem periurethralen Abscess. Der Urethralwulst ist durch eine nussgrosse Geschwulst, welche gleich einer prolabirten vorderen Vaginalwand den Scheideneingang verlegt, vorgewölbt. Die Schleimhaut glatt gespannt, die Geschwulst fluctuirend. Auf Druck entleert sich reichlich grünlichgelber, rahmiger Eiter aus der Harnröhrenmündung, welche auf den obersten Pol der Geschwulst verlagert ist. Im Eiter reichlich Gonococcen nachweisbar.

Ehrmann demonstrirt Präparate von Initialsclerosen des Präputium, in denen sofort nach der Abtragung die Blutgefässe mit Berlinerblauleimmasse, die Lymphgefässe durch subepithelialen Einstich, der nur die Papillenspitze trifft, mit ferrum oxydatum dialysatum injicirt worden sind; letzteres nach circa 5 Minuten dauernden Aufenthalt des Präputium im Eiskasten, um die Leimmasse zum Erstarren zu bringen, ohne Gerinnungen im Lymphgefässsystem befürchten zu müssen, so dass dieses für die Injectionsflüssigkeit leicht passirbar bleibt.

Die Präparate zeigen im erodirten Theil der Sclerose ein oberflächliches Netz ausgedehnter Capillaren, die von verengten arteriellen Stämmchen gespeist werden; auch die abführenden venösen Stämmchen sind durch Compression verengt. Hiedurch erklärt sich die Erweiterung des oberflächlichen Capillarnetzes, dessen Wände ausgedehnt sind, und die Diapedese von Blutkörperchen und Diffusion von Blutfarbstoff begünstigen, welches die bräunlich grünröthliche Färbung des Belages erzeugt. Auch die leichte Anämisirung der einzelnen Stellen durch Druck oder Umbiegen der glatten Sclerosen ist durch diese Gefässverhältnisse zu erklären.

Zunächst dem Rande der Sclerosenerosion ist das Epithel hypertrophisch, die Papillen sind sehr gross und dem entsprechend auch die Schlingen der Blut- und Lymphgefässe der Papillen vergrössert. Die

elastischen Fasern bilden schon hier um die grösseren Lymphgefässe ein wunderschönes Netz.

In der compacten Masse der Sclerose sind Blut- und Lymphgefässe gleichmässig vom Infiltrat umlagert. Eine Differenzirung zeigt sich erst an den aus der Hauptmasse der Sclerose hinwegziehenden Infiltratsträngen und den schon in vivo tastbaren Lymphgefässsträngen, die Ehrmann in 16 Fällen in seinen Präparaten hatte.

Die Infiltratstränge entsprechen zum grossen Theile den Gewebsspalten, sie umlagern häufig ein glattes Muskelbündel, ein Pacini'sches Körperchen des subcutanen Gewebes, ein Nervenstämmchen, weil die Infiltration sich in den diese Gebilde enthaltenden Bindegewebsspalten verbreitet.

Zum grossen Theile sind jedoch ohne Zweifel Lymphgefässe die Axe für das Infiltrat. Am besten sieht man diese Verhältnisse, wenn man die Injectionspräparate nach Unna-Tänzer auf elastische Fasern färbt und das Infiltrat durch Nachfärbung mit alkalischem Methylenblau deutlich macht. Die Lymphgefässe zeigen fast durchgehends eine unter dem Endothel gelegene Hülle von elastischen Fasernetzen. Das Infiltrat drängt sich nun das einemal zwischen die elastische Hülle und das Endothel, an einem anderen Lymphgefässe liegt es knotig der elastischen Hülle aussen an und ist nur hie und da von den elastischen Fasern des subcutanen Bindegewebes, die es auseinander gedrängt hat, eingeschlossen, während die elastische Hülle des Lymphgefässes dem Endothel unverändert anliegt.

Ehrmann findet, dass im ersten Falle das Infiltrat von den die Lymphgefässbahnen umspinnenden Capillaren Vasa vasorum ausgeht, so zwar höchst wahrscheinlich das Virus, das in den Lymphbahnen sich befindet, die umspinnenden Blutcapillarnetze chemotactisch zur Exsudation reizt, während im zweiten Falle das Infiltrat bloss der Bindegewebsspalte folgt. Blutgefässe sind im subcutanen Gewebe nur ganz ausnahmsweise vom Infiltrat umgeben.

Von Wichtigkeit sind die Erscheinungen, welche Ehrmann an den knotigen Anschwellungen der infiltrirten Lymphgefässe, den „Bubonulis", gefunden hat. Ehrmann fand namentlich in jenen Fällen, die der spontanen Heilung sich näherten, dass das prachtvoll ausgebildete und sehr schön injicirte Blutgefässnetz, welches die Bubonuli durchsetzt, im Centrum schwindet, so dass nur die Rindensubstanz ihr schönes Capillarnetz aufweist. Zu gleicher Zeit lockert sich im Centrum das Gefüge, es kommt zu einer Erweichung, aber nicht zur Nekrose wie bei Gumma, sondern es handelt sich um Verfettungszustände, die dem Schwunde der Capillaren folgen, mithin handelt es sich um nichts anderes als „Resorptions- und Reparationsvorgänge", die hier im Centrum stattfinden müssen, da ja der Bubonulus keine freie Oberfläche hat.

Ehrmann findet noch mit grosser Regelmässigkeit einen merkwürdigen Befund. In den Bubonulis injicirter und nicht injicirter Präparate, besonders in jenen, die der centralen Erweichung nahe sind,



findet er die Lymphbahnen von den grösseren bis in die kleinsten Verästelungen von Leukocyten so vollständig und prall gefüllt, dass sie baumförmige Ausgüsse derselben darstellen; solche Ausgüsse hat E. aber auch — wie er zeigt — in den Sclerosen u. zw. im Papillarkörper des erodirten Theiles der Sclerose gefunden. Ob sie mit den Resorptionsvorgängen oder mit dem Virus selbst in Zusammenhang zu bringen sind, will E. noch nicht entscheiden. Jedenfalls gehören sie der Erkrankung selbst an, da E. solche sonst nie gesehen. Prof. Paltauf, der Ehrmann's Präparate gesehen, hat eine ähnliche Erscheinung nur einmal in einer leukämischen Lymphdrüse gesehen. (Der Vortrag wird in der nächsten Sitzung fortgesetzt.)

Winkler legt einen in Xylolcanadabalsam montirten, ungefärbten Schnitt durch eine Papel vor; in dem um eine Capillare liegenden Infiltrate sieht man ein scharfbegrenztes, kugeliges Gebilde, welches er mit den von ihm beschriebenen tingiblen Kugeln identificirt.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung am 7. Februar 1899.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

---

1. **Ledermann** stellt einen Fall von Sclerodermie en plaques vor. Derselbe betrifft eine junge Frau, welche seit ungefähr $1\frac{1}{2}$ Jahren an der Affection leidet. Zuerst zeigten sich am Handrücken rothe Flecke, jetzt sind Arme, Rücken, Beine etc. ergriffen. Die einzelnen Plaques zeigen ausgeprägte symmetrische Anordnung. Die drei Stadien, das St. elevatum, das St. induratum und das St. atrophicum sind an verschiedenen Stellen des Körpers deutlich ausgeprägt. Die freie Bewegung in den Ober- und Unterextremitäten ist durch die Affection beschränkt. Nervöse Symptome haben sich nicht feststellen lassen. Die Therapie besteht in Anwendung von Salol innerlich und einer Salicylsalbe äusserlich.

Joseph schlägt zur Behandlung Thyreoidintabletten vor, durch die er gute Resultate erzielt hat.

Auf Anfrage Placzek's nach dem elektrischen Leitungswiderstand an den atrophischen Stellen, erwidert Ledermann, dass derselbe vollständig normal wäre.

Blaschko beobachtet augenblicklich einen Fall, bei dem die Plaques sehr ähnlich sind; nur verläuft die Erkrankung in Form eines ganz gewöhnlichen Eczems.

2. **Isaac II** stellt einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis bei einem Manne vor, bei dem die Affection seit 12 Jahren besteht und mit kleinen Warzen anfing. Augenblicklich ist ziemlich der ganze Handrücken ergriffen.

3. **Isaac II** demonstrirt eine binoculare Lupe.

4. **O. Rosenthal** (Referat): Ueber die Polizeiverordnung vom 11. Juli 1898 betreffend die Anzeigepflicht des Arztes bei Geschlechtskranken. Die Verordnung lautet:

In Folge Erlasses des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten, des Herrn Ministers des Innern und des Herrn Kriegsministers vom 13. Mai 1898 mache ich die Herren Civilärzte



auf die die Anzeige Syphilitischer betreffenden Bestimmungen in § 65 Absatz 1 und 3, sowie in § 69 des Regulativs vom 8. August 1835 (G. S. S. 240) besonders aufmerksam. Dieselben lauten:

§ 65. Die Anzeige an die Ortspolizeibehörde (§ 9) ist nicht bei allen an syphilitischen Uebeln leidenden Personen ohne Unterschied erforderlich, sondern nur dann, wenn nach Ermessen des Arztes von der Verschweigung der Krankheit nachtheilige Folgen für den Kranken selbst oder für das Gemeinwesen zu befürchten sind. In diesen Fällen ist der betreffende Arzt dazu verpflichtet, und eine Vernachlässigung seiner desfallsigen Obliegenheiten soll mit einer in Wiederholungsfällen zu verdoppelnden Geldstrafe von 5 Thalern geahndet werden.

Syphilitisch kranke Soldaten müssen von den sie etwa behandelnden Civilärzten dem Commandeur des betreffenden Truppentheils oder dem dabei angestellten Oberarzt angezeigt werden.

§ 69. Die Polizeibehörden haben dafür zu sorgen, dass die Aerzte und Wundärzte, besonders die bei den Krankenhäusern angestellten, wenn sie syphilitisch angesteckte Personen in die Cur nehmen, auszumitteln suchen und der Polizeibehörde anzeigen, von wem die Ansteckung herrühre, damit liederliche und unvermögende Personen, von deren Leichtsinn die weitere Verbreitung des Uebels zu befürchten und bei denen ein freiwilliges Aufsuchen ärztlicher Hilfe nicht zu erwarten ist, untersucht, in die Cur gegeben und überhaupt die zur Verhütung einer weiteren Verbreitung des Uebels durch die Umstände gebotenen Massregeln getroffen werden können.

Hierzu bemerke ich, dass nach früher erlassenen Bestimmungen nicht allein bezüglich der gemeinen Soldaten, sondern auch bezüglich der Portepéefähnriche und Unterofficiere die Anzeigen bei den Militärbehörden zu erstatten sind.

Ferner haben die vorgenannten Herren Minister im erwähnten Erlasse dahin Bestimmung getroffen, dass unter „syphilitischen Erkrankungen" nicht nur die constitutionelle Syphilis, sondern auch Tripper und weicher Schanker nebst Folgezuständen zu verstehen sind.

Berlin, den 11. Juli 1898.

Der Polizei-Präsident.
von Windheim.

R. bespricht zuerst eingehend die juristische Bedeutung des Erlasses. Er erkennt die gesetzliche Befugniss der Polizeibehörden zum Erlassen von Verordnungen wie die in Frage stehende an und geht dann dazu über, zu prüfen, ob dieselbe mit dem § 300 des Reichs-Strafgesetzbuches in Widerspruch steht. Nach demselben werden Aerzte etc., wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes und Gewerbes anvertraut sind, mit einer Geldstrafe bis zu 1500 Mk. oder mit Gefängniss bis zu drei Monaten bestraft. Nachdem R. auf Grund von Urtheilen des Reichsgerichts festgestellt hat, was man unter „Privatgeheimniss" und „Anvertraut" zu verstehen hat, spricht er sich dahin aus, dass die Consultation von seiten eines mit einem Geschlechtsleiden behafteten Kranken als ein anvertrautes Geheimniss zu betrachten ist. Dann berichtet R. die Ansichten verschiedener Commentatoren über die Frage, worin eine widerrechtliche Offenbarung seitens des Arztes liegt, um zu dem Resultat zu gelangen, dass in der qu. Polizeiverordnung leider eine gesetzlich unanfechtbare Verordnung vorliegt, die befolgt werden muss. Das in der Straf- und Civilprocessordnung eingeräumte Recht der Zeugnissverweigerung, wie es in § 348 der Civilprocessordnung und § 52, Nr. III der Strafprocessordnung ausgedrückt wird, kann auch nicht zu einer einschränkenden Auslegung der Polizeiordnung verwendet werden.

Im Gegentheil da dem Arzte in demselben nur ein Recht und nicht die Pflicht der Zeugnissverweigerung auferlegt wird, so kann die Offenbarung des Geheimnisses, selbst wenn sie hätte verweigert werden können, im Sinne des § 300 des Strafgesetzbuches keine widerrechtliche sein.

Anders hingegen gestaltet sich die Auffassung, wenn die Verordnung in ihrer ethischen Bedeutung und in ihrem praktischen Nutzen beleuchtet wird.

Vom ethischen Gesichtspunkte aus schätzt der Arzt die ihm eingeräumte Vertrauensstellung als ein Privilegium, das er auf das sorgsamste zu hüten und zu wahren hat. Statt dem Patienten durch Rathschläge, Mahnungen, Belehrungen und entsprechende Massregeln zu nützen, wird dem Arzt durch die Polizeiverordnung zugemuthet, die erniedrigende Stellung eines Denuncianten einzunehmen. Mit Recht galt in der antiken und modernen Gesellschaft der Denunciant als verabscheuenswerth; er wird gehasst, gefürchtet, verachtet. Vom ethischen Standpunkt aus wird die Polizeiverordnung nach R. einen passiven Widerstand finden, dem hoffentlich allerseits das richtige Verständniss entgegengebracht werden wird.

Was den praktischen Werth der Bekanntmachung betrifft, so sind zwei Kategorien von Kranken streng von einander zu trennen, so wie es in der Verordnung selbst geschieht, das Militär und die Civilpersonen. Bei dem Militär sollte, wenngleich bei den Unterofficieren und Fähnrichen zum grossen Theil nicht dieselben Verhältnisse vorliegen wie bei den gemeinen Soldaten, nur der eine Gesichtspunkt massgebend sein, dass den Kranken in den Lazarethen die besten Bedingungen zu ihrer Heilung dargeboten werden. Mithin läge es im Interesse des Kranken und seiner Umgebung, den Betreffenden an den zuständigen Militärarzt zu überweisen. Gemeine Soldaten sind in der über 20jährigen poliklinischen Thätigkeit R.'s in so verschwindender Anzahl zur Cognition gekommen, dass deren Zahl gar nicht in Betracht kommen kann. Unterofficiere und Fähnriche dagegen waren gewöhnlich bereits von Curpfuschern behandelt worden, welche beim Militär hauptsächlich durch Lazarethgehilfen vertreten werden. Wenn man in Zukunft jede Behandlung ablehnt, oder dem Patienten den Rath ertheilt, sich an seinen Militärarzt zu wenden, so wird in der Majorität der Fälle der Rath nicht befolgt werden. Der Patient geht, wenn ihm die Hilfe an derjenigen Stelle verweigert wird, wo er sie gesucht hat, wieder dahin, wo er dieselbe schon gefunden hat, oder wo er sie anstandslos finden wird, d. h. er wendet sich an den früheren Pfuscher oder geht zu einem andern. Das beste Mittel, um zu erreichen, dass die den Soldaten gewährte beste Gelegenheit auch benutzt wird, liegt darin, dass die Zahl der Untersuchungen und auch die Zeit, die auf dieselbe verwendet wird, vermehrt wird. R. hatte Gelegenheit, sich im Laufe der Jahre davon zu überzeugen, dass das Uebersehen vorhandener Symptome bei genauer sachgemässer Untersuchung sehr häufig unbedingt zu vermeiden ist. Die von anderer Seite bei dieser Gelegenheit empfohlene Wiedereinführung der Bordelle hält R. für absolut unzureichend, da dieselben nicht im Stande sind, weder die Prostitution, noch die venerischen Krankheiten in beträchtlichem Masse zu beeinflussen.

Bei den Civilpersonen ist nach der Polizeiverordnung dem Arzt ein gewisser Spielraum gegeben, da es seinem Ermessen überlassen bleibt, nach Kenntnissnahme der einschlägigen Verhältnisse im Sinne der Polizeiverordnung vorzugehen oder nicht. Ist es schon an und für sich schwer, resp. mitunter unmöglich, die einschlägigen Verhältnisse richtig zu beurtheilen, so werden in Folge dessen die Anschauungen über diese Stelle der Verordnung weit auseinander gehen, da die grössere Erfahrung, der persönliche Takt oder das mehr oder minder ängstliche Gemüth bei



der Beurtheilung jedes einschlägigen Falles von ausschlaggebender Bedeutung sein werden. Im allgemeinen aber kann schliesslich jeder Fall im Zusammenleben oder im Verkehr eventuelle nachtheilige Folgen unter ungünstigen Umständen nach sich ziehen. Darüber aber dürfte kein Zweifel bestehen, dass, wenn in einer Anzahl von Fällen eine Anzeige stattfindet, der Erfolg zunächst sicher nicht der gewünschte ist. Denn, wenn nur eine Nachfrage oder Nachforschung der Polizei stattfindet, so wird unbedingt zunächst eine materielle Schädigung des betreffenden Kranken eintreten. Alle in irgend einer abhängigen Stellung befindlichen Individuen, Beamte, Angestellte, Diener u. s. w. haben zu befürchten, dass sie in ihrem Einkommen beeinträchtigt werden oder ihrer Stelle verlustig gehen, und erst die eventuellen Folgen im Familienleben, welche durch das Bekanntwerden der Erkrankung irgend eines Mitgliedes eintreten können, sind gar nicht abzusehen.

Nach der anderen Seite hat das Gemeinwesen einen directen Nachtheil, da der Kranke, wenn er materiell geschädigt wird, schwerer in der Lage ist, sich einer zweckentsprechenden Behandlung zu unterwerfen. Daher sorgt der Arzt besser für den Kranken durch Belehrung und entsprechende Massnahmen als durch das eventuelle Brechen der Discretion.

Der § 69 trägt deutlich den Stempel des Jahres 1835. Wenn die Polizei dafür sorgen soll, dass der Arzt sich zur Ermittlung der Infectionsquellen herbeilässt, so muss man sich zuvörderst die Frage vorlegen, wie die Polizeibehörden das anfangen. Dieselben haben auf den Civilarzt gar keinen Einfluss und der letztere hat nur in einer verschwindenden Anzahl der Fälle ein Interesse daran, die Infectionsquelle zu eruiren. Jedenfalls würde er aber unbedingt, selbst wenn er sich dazu bereit erklärte, auf die allergrössten Schwierigkeiten stossen; die Patienten wissen entweder die Quelle selbst nicht, oder sie geben absichtlich oder unabsichtlich einen falschen Namen an, oder sie weisen es weit von sich, den Denuncianten zu spielen. Der Arzt aber wird in einer grossen Anzahl der Fälle seine Patienten verlieren. Der ganze Passus scheint eigentlich nur auf Prostituirte zugeschnitten zu sein. Jedoch darüber besteht kein Zweifel, dass auch unter Männern sich liederliche und unvermögende Personen — Liederlichkeit und Leichtsinn sind übrigens Eigenschaften, die mit dem Vermögen wenig zu thun haben — finden, von deren Leichtsinn die weitere Verbreitung des Uebels zu befürchten ist. Derartige Kranke brauchen, selbst wenn sie der Polizei bekannt sind, sich nicht in ein Krankenhaus bringen zu lassen, und die gegen sie eventuell zu ergreifenden Massregeln dürften sich daher auf ein sehr geringes Mass beschränken. Selbst die dirigirenden Aerzte werden diesem Paragraphen einen gewissen passiven Widerstand entgegenbringen. Früher sind allerdings weibliche Personen, die in die Charité aufgenommen wurden, der Polizei bekannt geworden. Dieselbe pflegte sich nach der Entlassung nach dem Verbleib derselben zu erkundigen, von denen eine Anzahl, weit entfernt Prostituirte zu sein, wieder in Brod und Stellung waren. Sobald die Herrschaft von der voraufgegangenen Erkrankung erfuhr, kündigte sie den betreffenden Personen die Stellung. Die Folge war, dass die Personen sich nach einem anderen Erwerbe umsehen mussten, oder es trat das ein, was durch diese Massnahmen sorgsamst verhütet werden sollte. Mithin leistet der Paragraph praktisch nichts. Für eingeschriebene Frauenzimmer bedurfte es dieses Paragraphen nicht, da bei genauer Handhabung der Untersuchung die Unschädlichmachung derselben auch ohne denselben möglich ist. Für alle übrigen Classen von Bürgern und Bürgerinnen ist er nicht in der Lage, die Krankheitsquellen in ausgiebigerer Weise als bisher zu verstopfen.

Die Fassung, nach welcher nicht nur die constitutionelle Syphilis, sondern auch der Tripper und der weiche Schanker nebst Folgezuständen



unter syphilitischen Erkrankungen zu verstehen sind, macht einen eigenthümlichen Eindruck. Es wäre wohl richtiger gewesen, zu schreiben, dass ausser der constitutionellen Syphilis auch Tripper und weicher Schanker nebst Folgezuständen einbegriffen sind. Sowohl gegen die Einbeziehung des weichen Schankers als auch besonders gegen die Folgezustände des Trippers wie Stricturen, chronische Cystitiden, Pyelitiden etc. liegen nicht zurückzuweisende Bedenken vor.

Wenn aber diese Bekanntmachung durchgeführt werden sollte, so würde die erste absolut nothwendige Folge die sein, dass derartige Kranke dahin gehen, wo sie eine Indiscretion nicht zu befürchten haben, d. h. zu der grossen Classe der Curpfuscher. Die Aerzte werden also ihre Kranken zum Theil verlieren, die Kranken selbst — das werden auch die grössten Widersacher der Aerzte anerkennen — werden einer schlechteren Behandlung theilhaftig werden. Aber angenommen, die Kranken würden zu den Aerzten gehen, und die Aerzte hätten den Willen, die Bekanntmachung zu befolgen, was würde dann geschehen können? Gar nichts! Die Polizei hat weder das Recht, jemand, der sich behandeln lässt, untersuchen zu lassen, sie hat noch viel weniger das Recht, denselben in ein Krankenhaus zu schicken. Und angenommen, auch das würde gelingen, so würde eine Calamität sondergleichen eintreten, da die vorhandenen Krankenhäuser nicht im entferntesten ausreichen würden, um die betreffenden Kranken aufzunehmen. Schon jetzt besteht ein ganz directer Nothstand bei denjenigen Geschlechtskranken, die sich freiwillig aufnehmen lassen wollen, da sie von Krankenhaus zu Krankenhaus und zu Privatkliniken wandern, ohne Unterkunft finden zu können.

R. stellt zum Schluss den Antrag, eine Commission von 7 Mitgliedern einzusetzen, welche eine Eingabe an die betreffenden Behörden einreichen sollen. Zum Schluss fügt er noch ganz kurz einige Vorschläge hinzu, die er dieser Eingabe zufügen möchte, um sich an den betreffenden Stellen nicht dem Vorwurf einer rein negativen Kritik auszusetzen.

Dieselben lauten:

1. Gleichstellung der Geschlechtskranken mit allen übrigen Kranken in Bezug auf Gesetzgebung, statutarische Bestimmungen, Krankengeld u. s. w.

2. Gewährleistung ausgiebigerer Gelegenheit zur sachgemässen Behandlung der Geschlechtskranken: *a*) durch bessere Ausbildung der Aerzte in Syphilidologie und Dermatologie, *b*) durch Errichtung von Specialstationen, resp. Krankenhäusern.

3. Schutz des Gemeinwesens: *a*) durch Verbesserung der sanitätspolizeilichen Einrichtungen bei der Untersuchung der Prostituirten, *b*) durch Unterweisung der heranwachsenden Jugend in den bestehenden Verbänden, wie beim Militär, Krankencassen u. s. w.

Natürlich sind diese Vorschläge noch weiterer Ergänzung bedürftig, R. selbst habe noch manches auf dem Herzen, was er bei dieser Gelegenheit unerwähnt lasse.

Discussion:

Lesser bemerkt, dass die ursächliche Schwierigkeit, welche eventuell zu Collisionen führt, darin besteht, dass die Geschlechtskrankheiten in der Regel oder im wesentlichen durch den illegitimen Geschlechtsverkehr erworben werden. Dieser Umstand wird von der einen Seite überschätzt und führt dazu, dass die Geschlechtskranken als unmoralische und strafbare Menschen angesehen werden, andererseits wird derselbe unterschätzt; zum Beweis diene der qu. Polizeierlass. Alle Massregeln, welche nicht mit der Discretion des Arztes rechnen, sind von vornherein als illusorisch anzusehen. Ursprünglich wurde in der Cabinetsordre vom Jahre 1835 die Anzeigepflicht noch in anderer Weise vom Arzte verlangt, aber dieser Passus ist in der neuen Verordnung fortgelassen. Eine derartige Meldepflicht besteht thatsächlich in anderen Ländern z. B. in



Dänemark. Selbstverständlich sind hierbei die allergrössten Fehlerquellen vorhanden; indessen gleichen sich dieselben doch ziemlich aus, da sie immer gleich bleiben. Unter Umständen kann in jedem Fall die Verschweigung eine Gefahr mit sich bringen; diejenigen Fälle aber, in denen ernstliche Lebensgefahr vorhanden ist, sind schon von selbst nicht zu verschweigen. Was die Gefahr für das Gemeinwesen betrifft, so stimmt L. mit Rosenthal dahin überein, dass man in erster Linie an die Prostitution gedacht hat. Nicht nur die armen Leute, wie bereits erwähnt, sondern auch die hochgestellten und wohlsituirten bilden unter Umständen durch ihr Geschlechtsleiden eine Gefahr für das Gemeinwesen. Mithin müsste die Anzeigepflicht eventuell auf alle Kreise ausgedehnt werden. L. ist der Ueberzeugung, dass die wichtigste Prophylaxe für die betreffenden Krankheiten in der raschen Heilung derselben besteht, weil dadurch die Gelegenheit zu weiteren Uebertragungen jedenfalls geringer wird. Zum Schluss erwähnt L., dass ohne Zweifel in den 8 Monaten, seitdem die Verordnung erlassen ist, nicht nur in Berlin jeden Tag in einer ganzen Reihe von Fällen die Vorschriften der Polizeiverordnung übertreten worden sind. Es ist ihm aber nicht bekannt, dass von Seiten der Behörden eine Strafverfolgung eines Arztes bisher vorgekommen ist. Schon dieser Umstand spricht dafür. dass sich diese Verordnung als undurchführbar herausgestellt hat. Und so hofft L., dass das Votum unserer Gesellschaft nicht ohne Einfluss dafür sein wird, um zu zeigen, dass die Verordnung undurchführbar ist und dass dieselbe geändert oder abgeschafft wird.

Placzek hat sich in der Neubearbeitung seines Buches: „Das Berufsgeheimniss des Arztes“, bereits mit der vorliegenden Frage beschäftigt und ist nach persönlicher Ueberlegung und nach Rücksprache mit hervorragenden Juristen zu einer Anschauung gekommen, die von der juristischen Anschauung des Referenten erheblich differirt, insofern als sich seine juristischen Autoritäten dahin ausgesprochen haben, dass es nicht abzusehen ist, ob ein Strafgesetzparagraph wie der § 300 mit seinen einschneidenden Consequenzen durch eine total veraltete Polizeiverfügung unwirksam gemacht werden kann. In Folge dessen räth Placzek unbedingt jedem, an den eine derartige Strafverfolgung herantritt, richterliche Entscheidung zu beanspruchen, und da er glaubt, dass dieselbe gegen den Sinn der Polizeiverordnung ausfallen wird, so kann er den Zwang zur Anzeigepflicht nicht anerkennen. Gleichzeitig besteht auch das Recht, vor Gericht das Zeugniss zu verweigern, absolut einwandsfrei. Die Polizei erlaubt sich den Aerzten gegenüber schon so vielerlei Uebergriffe, dass man sich bei jeder Verfügung der Polizei zunächst fragen sollte, ob zu derselben eine gesetzliche Verpflichtung vorliege oder nicht. P. berichtet über einen derartigen Uebergriff der Polizei, wo eine Haussuchung bei einem Collegen stattfand, um ein Document zu beschlagnahmen, und wo nachher gerichtlich ausgesprochen wurde, dass ein beschlagnahmtes Document nicht zur richterlichen Entscheidung benutzt werden dürfte. Die Polizei fuhr bei der Sache ausserordentlich schlecht. Vorläufig glaubt P. bestimmt, dass die Sache bis zur richterlichen Entscheidung noch in suspenso sei.

Blaschko führt aus, dass § 69 uns als Aerzte überhaupt nichts angeht, sondern nur die Polizeibehörden, da es wörtlich heisst: Die Polizeibehörden haben dafür zu sorgen u. s. w. Es bedürfte also zuvörderst einer neuen Polizeiverordnung, um die Collegen zu veranlassen, sich mit der Ermittlung der Infectionsquellen zu beschäftigen. Was die Anzeigepflicht betrifft, welche in dem Ermessen des Arztes gelegen ist. sobald nachtheilige Folgen von der Verschweigung zu befürchten sind, so findet B. in dem Referat von Rosenthal bereits auf das bündigste nachgewiesen, dass von einer Verschweigung der Krankheit gegenüber

der Polizei — und um diese handelt es sich allein — nachtheilige Folgen für den Kranken nicht zu befürchten sind, sondern dass eher das Gegentheil statthat, insofern als von der Nennung nachtheilige Folgen sowohl für den Kranken als auch für das Gemeinwesen zu befürchten sind. Schon der einzelne Fall bildet eine Gefährdung für das Gemeinwesen, weil sie dem Publicum das Zutrauen zur Discretion der Aerzteschaft nimmt. Nach seiner Ansicht ist also der Arzt gerade zur Verschweigung im Interesse des Kranken und der öffentlichen Gesundheitspflege verpflichtet, und gerade diesen Standpunkt kann man vor Gericht vertreten. Schon auf Grund dieser Erwägung dürfte eine eventuelle Freisprechung erfolgen, abgesehen von dem formalrechtlichen Bedenken, ob dieses Polizeiedict heute noch zutrifft und anwendbar ist. Was die syphilitisch kranken Soldaten betrifft, so hat schon Rosenthal hervorgehoben, dass gemeine Soldaten fast niemals zum Arzt kommen; fast immer sind es Unterofficiere und Sergeanten. Die meisten kommen gewöhnlich, wenn sie vom Truppenarzt ganz falsch behandelt worden sind, und man wird also dadurch, dass man sie zu demselben wieder zurückschickt, denselben nichts nützen. Gegen diesen Paragraphen würde man eventuell sehr leicht verstossen können; allein der Absatz hat einen besonderen Haken, indem nämlich auf die Verschweigung keine Strafe gesetzt ist, während § 65 Abs. I die Verschweigung mit 5 Thaler Strafe ahndet Es würde also nur ein Strafmandat erlassen werden können. Indessen eine reichsgerichtliche Entscheidung sagt, dass bei Polizeiverordnungen Strafmandate nur dann zulässig sind, wenn die von der Polizei verordneten Massnahmen böswillig übertreten werden. Das ist hier nicht der Fall, da nachgewiesen werden kann, dass es in der Absicht geschieht, einen guten oder gar besseren Erfolg als bisher zu erzielen. B. führt zum Beweise dessen einen Fall von Ohlshausen oder Rudorff an. Mithin glaubt er, dass die ganze Sache sich in der That nur auf eine ganz verschwindende Reihe von Fällen zuspitzt, und dass die Aufregung der Aerzte nicht zu verstehen wäre, wenn nicht eine wichtige principielle Frage, nämlich der Wahrung des öffentlichen Berufsgeheimnisses des Arztes vorläge. Ferner erwähnt B., dass es sehr fraglich ist, ob die Polizeiverordnung auch auf das Ulcus molle und die Gonorrhoe überhaupt gesetzlich ausgedehnt werden kann. Denn das Medicinaledict vom 8. August 1835 ist eine Cabinetsordre, die gegengezeichnet ist und als Gesetz auch vom Reichsgericht anerkannt worden ist. Ergänzungen dazu können nur auf gesetzlichem Wege und nicht auf dem Verordnungswege erlassen werden. Nun ist es zwar keine Ergänzung und keine Erläuterung, aber immerhin eine ergänzende Erläuterung. Und ob man zu der damaligen Zeit zu dem Begriff der Syphilis auch die Gonorrhoe mitgerechnet hat, kann man aus einer Reihe von Schriftstellern aus damaliger Zeit auf das trefflichste widerlegen. Damit wird diese angebliche Erläuterung zu einer Ergänzung, und mithin ist die ganze Verordnung entschieden gänzlich ungesetzlich. Das schlimmste — und das hat Rosenthal auch bereits erwähnt — liegt in der Tendenz der Verordnung für die öffentliche Gesundheitspflege. Nicht durch Schaffung nothwendiger Institute, sondern durch Auffrischung veralteter polizeilicher Verordnungen sucht die Behörde die allgemeine Hygiene zu fördern. Wie veraltet diese Medicinalverordnung ist, beweist folgender Passus, der darin enthalten war und jetzt fortgelassen ist, dass nämlich auf Jahrmärkten reisende Handwerker und fahrende Juden auf Krätze untersucht werden müssen. Was uns noththut, ist die Schaffung eines Reichsseuchengesetzes, in welchem die nothwendigen hygienischen Massnahmen gegen alle ansteckenden Krankheiten in einer den modernen Anschauungen entsprechenden Weise geregelt werden.

Heller fragt, ob das ärztliche Berufsgeheimniss bei Zeugen- und Sachverständigenaussagen gewahrt werden muss.



Placzek erwidert, dass das Berufsgeheimniss ganz stricte zu wahren ist, und bittet die Collegen, da die Richter fast nie eine Ahnung von § 300 des Reichsgesetzbuches haben, sich durch eventuelle Fragen des Richters nicht einschüchtern zu lassen, sondern sich stets auf diesen Paragraphen zu berufen.

Heller theilt einen Fall mit, in dem er zu einer Aussage gezwungen wurde.

Blaschko frägt an, ob, wenn die Verpflichtung der Wahrung des Geheimnisses von der Partei aufgehoben wird, man dann trotzdem dem Gericht gegenüber eine Aussage machen muss, oder ob man ein Recht hat, sich auf das Berufsgeheimniss zu beschränken.

Placzek erwidert, dass bei uns in Deutschland in diesem Falle kein Recht mehr besteht, die Aussage zu verweigern.

Oestreicher erwähnt, dass er auf eine Anfrage der Polizei, ob ein Patient Syphilis habe oder nicht, die Auskunft gegeben habe, dass er, nur wenn ihm die schriftliche oder mündliche Erlaubniss des betreffenden Patienten vorläge, über diese Frage Aufschluss geben werde. O. ist sehr für die Ernennung einer Commission. Er glaubt, dass die staatlichen Einrichtungen zum Theil daran schuld sind, und meint, dass schon durch bessere Organisation der Untersuchungen viel zu erreichen wäre, da sich nach seinen Beobachtungen 99% aller Kranken die Ansteckung bei puellis publicis geholt hätten.

Blaschko erwähnt, mit Bezug auf den letzten Punkt, dass nach seinen Erfahrungen die Ziffer in Berlin nicht so gross sei. Er glaubt, dass Oestreicher nur nach einer gewissen Schätzung gesprochen habe. Nach seiner Ansicht schwankt die Ziffer zwischen 70 und 80%; in einzelnen Jahren geht sie sogar unter 70% herunter. B. berichtet dann darüber, dass häufiger Leute in die Poliklinik kommen, welche vorher bei der Stellung waren und nun ein Gesundheitsattest bringen sollten. Er glaubt, dass dieses Verlangen an und für sich ein ungesetzliches ist. In Fällen, in denen er ein solches Attest nicht ausstellte, kamen nachher von Seiten der Polizei Erkundigungen, die er immer in derselben Weise wie Oestreicher beantwortet hat.

Ferner betheiligten sich an der Discussion Kantrowicz, Plachte, die über einzelne Fälle berichteten, und Joseph.

Rosenthal (Schlusswort) ist mit der Antwort, die Placzek auf die Frage Heller's ertheilt hat, vollständig einverstanden. Das Recht zur Verweigerung des Zeugnisses besteht nur, solange man von dem Anvertrauenden selbst von dieser Verpflichtung nicht entbunden ist. Ist dieses geschehen, so ist das Recht zur Verschweigung nicht mehr vorhanden. Anderenfalls kann von keinem Richter die Verletzung der Verschwiegenheit verlangt werden. Was den Rechtsstandpunkt von Placzek über die Polizeiverordnung betrifft, so war sich R. darüber stets klar, dass ein Paragraph nach zwei Seiten hin ausgelegt werden kann, und dass sich stets Juristen finden, welche einen Paragraphen in einem anderen Sinne deuten als ein anderer Sachverständiger. Sein juristischer Beirath war fest davon überzeugt, dass mit der Verordnung der § 300 aufgehoben wird. Trotzdem ist R. der Ansicht, im Falle einer Strafe eine richterliche Entscheidung herbeizuführen. Nur ist er davon überzeugt, dass das Vorgehen keinen Erfolg haben wird. Was die Ausführungen von Blaschko betrifft, so bedauert R., dass B. nicht zum Commentator der Verordnung vom Polizeipräsidenten ernannt worden ist. Damit würde die ganze Sache erledigt sein. Aber der Polizeipräsident hat sich die Sache unbedingt anders gedacht, und liegt es gewiss im Sinne der Verordnung, auch bezüglich der Soldaten, dass wir mit 5 Thaler bei Unterlassung der Anzeige bestraft werden, wie es auch vorgekommen ist. Nach dieser Richtung dürfte kein Zweifel obwalten. R. stimmt mit



Oestreicher dahin überein, dass die sanitätspolizeilichen Untersuchungen der Prostituirten nicht befriedigend ist; aber leider haben wir keine Möglichkeit auf diesen Punkt einzuwirken. Was den Procentsatz von 99% und 70—80% bei der Ansteckung durch Puellae publicae betrifft, so ist derselbe viel zu hoch gegriffen. Denn es ist unendlich schwer, in jedem Falle festzustellen, ob die Quelle der Ansteckung eine Puella publica ist oder nicht, da auch die Gelegenheitsprostitution meistens auf der Strasse zu finden ist. Jedenfalls sollte man alles thun, was in unseren Kräften steht, die Verordnung auf legalem Wege wieder loszuwerden. Sie ist ein Alp, der jeden anständigen und ehrenwerthen Arzt unbedingt drückt. Derselbe hat sich stets zu überlegen, wie er sich zu verhalten hat, damit er nicht eventuell in Strafe genommen wird. Und selbst wenn die höhere Instanz ihn nachher freispricht, so sind $^{99}/_{100}$ unbedingt sehr froh, wenn sie überhaupt nichts auf dem Gericht zu thun haben, sei es als Sachverständige, sei es als Zeugen, am wenigsten aber als Angeklagte. Darum ersucht R. nochmals um Einsetzung einer Commission, damit den zuständigen Behörden die Einwendungen gegen die bestehende Verordnung und die Vorschläge zur Besserung vorgelegt werden können.

Die Einsetzung einer Commission von 7 Mitgliedern (Lesser, Rosenthal, Joseph, Saalfeld, Blaschko, Siegheim, Palm) wird beschlossen.

O. Rosenthal.

Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Bildungsanomalien.

Reboul, M. (Nîmes.) Trois cas de cornes cutanées. Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Saint-Étienne, 5.—12. August 1897. Gazette hebd. d. méd. et chir. 66, 1897.

Reboul berichtet über drei Fälle von Hauthörnern aus seiner Praxis, das eine einmal recidivirt an der Unterlippe eines älteren Mannes, wo sich histologisch keine Epithelveränderung fand, das zweite an der Oberlippe eines 20jährigen, das dritte auf dem Hinterkopf eines 62jährigen Mannes, letzteres gleichfalls nach mechanischer Abstossung recidivirt. Aetiologisch führt R. im ersten Falle das Pfeifenrauchen, im zweiten Blennorrhagie (?), im letzten schwere Seborrhoe an. Geyer (Breslau).

Marianelli. Klinischer und histopathologischer Beitrag zum Studium der Keratosis follicularis. (Clinica dermosifilitica di Firenze vol. I, 1893.) Ref. v. Baumgarten. Jahrgang 1894.

Marianelli hat gleich wie Boeck mehrere Fälle in ein und derselben Familie beobachtet, zwei Brüder von je 7 und 9 Jahren und eine Schwester von 19 Jahren. Inoculationsversuche fielen negativ aus, nach seinen klinischen Erfahrungen vermag er sich weder für noch gegen die infectiöse Natur auszusprechen. In der That waren es aber auch niemals Gründe klinischer Natur, die die Autoren zuerst veranlasste, die Krankheit als eine infectiöse zu bezeichnen, sondern das merkwürdige constante Vorkommen der corps ronds, deren nicht parasitäre Natur nun wohl für die Darier'sche Erkrankung bewiesen ist. (Es bleibt darum doch die Darier'sche Erkrankung als Krankheit sui generis bestehen, es wäre unberechtigt, dieselbe mit Ichthyosis identificiren zu wollen; allerdings ist sie gleich wie diese eine Parakeratose mit abundanter Schuppenbildung und, wenn man die Schuppen beseitigt, so treten nicht wie bei Ichthysis gefelderte Leisten, sondern Knötchen zu Tage; nach einiger Zeit sammeln sich die Schuppen bei Darier'scher Krankheit sowohl wie bei Ichthyosis wieder an. Ref.)

Joh. Fabry (Dortmund).

Reisner, Alois. Ein Fall von Porokeratosis. Inaug.-Diss. Strassburg 1896.



Der von Reisner mitgetheilte Fall betrifft ein 18jähriges Mädchen, bei dem die Affection sich seit 4 Jahren entwickelt hat. Die einzelnen rauhen, harten, hornartigen Efflorescenzen variiren in ihrer Grösse von den eben noch sichtbaren bis zu der eines Markstückes. Die spitzen Efflorescenzen haben eine Länge von circa 3 Mm. und an der Basis einen Durchmesser von circa 4 Mm. Die flache Form ist die bei weitem häufigere. Diese sind bis linsengross, confluiren sehr häufig und bilden dann unregelmässige Figuren, die von Kreisbögen mit nach aussen gerichter Convexität begrenzt sind. Fast der ganze Körper ist von solchen Efflorescenzen bedeckt, am dichtesten Nase, Stirn, Ohrgegend, Hals, Ellenbeugen, Knie und Kniekehlen, Hinterbacken und die Streckseite der Handgelenke. An diesen Stellen überall die breite Form der Efflorescenz. Spitze Efflorescenzen finden sich am Mundwinkel, Brust, Rücken, Achselhöhlen und vordere Achselgegend.

Histologisch ergab die Untersuchung excidirter Efflorescenzen Folgendes:

1. In allen Efflorescenzen bestehe eine bedeutende Hypertrophie der Hornschicht, welche bald den normalen Bau mit entsprechender Verdickung der einzelnen Schichten, bald einen anormalen Bau aufweist, indem die einzelnen Schichten unter einander verschwimmen.

2. Das Rete malphigii ist fast normal.

3. Die vermehrte Hornbildung bezieht sich vornehmlich auf die Ausführungsgänge der Schweissdrüsen und schreitet von hier aus nach der Peripherie weiter.

4. In den kleineren Efflorescenzen bilden stets die Knäueldrüsen das Centrum der Verhornung, niemals die acinösen. Bei weiterer Ausdehnung können auch die Haarfollikel und Talgdrüsen mit in den Verhornungsprocess hineingezogen werden.

5. Die Entzündungsvorgänge im Bindegewebstheil der Cutis sind accessorischer Natur (Druckerscheinung).

6. Die Thätigkeit der Schweissdrüsen innerhalb der hyperkeratotischen Bildungen ist herabgesetzt.

7. Die Schweissdrüsen bilden also den Mittelpunkt, um welchen sich der Process abspielt.

Was die Aetiologie betrifft, so neigt Reisner dem parasitären Ursprung zu, ohne dass ihm dafür irgend ein positiver Beweis zu führen gelungen ist. Er glaubt die ganz unregelmässige Vertheilung der Efflorescenzen hierfür ansprechen zu dürfen.

Was die Diagnose betrifft, so dürfte sie bei Beginn der Erkrankung schwer, bei entwickelten Affectionen — und nur solche kommen meist zu Gesichte wegen des völlig schmerzlosen Verlaufs — leicht zu stellen sein.

Therapeutisch wurden die verschiedensten Mittel völlig erfolglos angewandt. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Le Dentu. Nouvelles considérations sur la leukokératose. Le congrès français de chirurgie. La France médicale 30. Octobre 1896.



Le Dentu bespricht die Neigung der unter dem Namen Leukoplakie, Psoriasis oder Ichthyosis linguae bekannten, von ihm Leukokeratose genannten Affection der Zunge und der Lippen zur Carcinombildung. Das Carcinom ist keine zufällige Complication, sondern gewissermassen das Endstadium der Erkrankung. Neigung zur Wucherung in die Tiefe und zur Lymphdrüsenmetastase besteht kaum. Das Recidiv tritt durch krebsige Umwandlung bisher nicht ergriffener Stellen ein, nicht durch Auswachsen zurückgebliebener Krebstheile. Excision ist stets zu rathen, wenn sonstige locale Mittel nicht zur Heilung führen, in jedem Fall aber unabweisbar, wo durch Rhagadenbildung, Ulceration oder papulläre Wucherung der Typus von der einfachen Leukoplakie abweicht.

Pinkus (Breslau).

Puiffe de Magondeau. Leukokeratosis vulvo-vaginalis. Thèse de la Faculté de Paris. Nr. 362. Ref. Gazette hebd. de med. et de chirurg. Nr. 49.

Die Leukokeratosis, welche man relativ häufig an der Schleimhaut der Zunge und des Mundes beobachtet, findet man zuweilen an der Schleimhaut der Vulva und Vagina. Sie bildet oft die Basis für die Entwickelung eines Cancroids. G. Rona (Breslau).

Pittet, Leon. Ueber Pseudo-Ichthyose. Inaug.-Diss. Basel 1894.

An der Hand eines auf der Strassburger Hautklinik beobachteten Falles von erworbener oder Pseudo-Ichthyose des distalen Theiles der Extremitäten stellt Pittet folgende differential-diagnostische Merkmale zwischen Ichthyose und Pseudo-Ichthyose auf:

Gemeinsam: Chronische Epidermopathie, charakterisirt durch gesteigerte Anbildung von Epithelzellen mit gleichzeitiger Neigung zur Verhornung.

Ichthyose:	Pseudo-Ichthyose:
Constitutionelle, angeborene oder in den ersten Lebensmonaten entstehende Hauterkrankung.	Erworbene Dystrophie der Haut. Entsteht bei prädisponirten Individuen in jedem Alter nach nervösen Läsionen bestimmter Qualität (centraler oder peripherer).
Meistens ziemlich verbreitet; wenn partiell gewöhnlich plantar und volar, immer symmetrisch.	Mehr oder weniger localisirt, oft auf bestimmte Nervenbezirke beschränkt.
Heredität in den meisten Fällen nachweisbar.	Prädisposition durch Neurosen und bei Frauen in verschiedenen Phasen des Geschlechtslebens, bei Kindern carcinomatöser Eltern (Tommasoli).
Unheilbar.	Heilung hängt von der Möglichkeit der nervösen Regeneration ab.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).



Bönniger, Max. Ueber Leukoplakia lingualis, buccalis et labialis. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

23 Fälle von Leukoplakia oris aus der Joseph'schen Poliklinik veröffentlicht Bönniger. Auch hier spielt das Tabakrauchen das hauptsächlichste ätiologische Moment. Alle Fälle wurden mit Acid. lactic. nach der von Joseph angegebenen Methode behandelt (alle 24 Stunden einmaliges und zwar mehrere Minuten langes Einreiben von Acid. lactic. conc.).

9 von den 23 Fällen wurden ganz geheilt und blieben nach Jahre langer Beobachtung geheilt. 5 Fälle besserten sich sehr und auch bei diesen haben die Beschwerden fast vollständig nachgelassen. Die übrigen Fälle sind nach kurzer Behandlung ausgeblieben.

Jedenfalls ist das Acid. lactic. das bisher erprobteste, wenn auch nicht stets zum Ziele führende Mittel.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Riedel, Alfred. Ein Fall von erworbener idiopathischer progressiver Hautatrophie. Inaug.-Diss. Greifswald 1895.

Der von Riedel mitgetheilte Fall betrifft ein sonst gesundes 26jähriges Mädchen, bei welchem die Krankheit vor 7 Jahren am linken Fuss begann und sich central bis zum Becken fortsetzte. Das Krankheitsbild liess sich in drei verschiedenartige Gruppen zerlegen: die erste (Fuss und Knie) zeichnet sich durch Faltenbildung aus; da, wo diese am stärksten ausgebildet ist, lässt sich die Haut leichter als normal verschieben. Sonst ist sie schwach braun pigmentirt und glanzlos. Hier und dort befinden sich borkenartig verdickte Streifen und Plaques.

Die zweite Gruppe (Unterschenkel und ein Theil des Oberschenkels) zeigt die Cutis ziemlich straff angezogen, glatt, mattweiss-glänzend, schuppend, pergamentartig wie zerknittertes Cigarettenpapier.

Die dritte Region (anderer Theil des Oberschenkels und Becken) ist nur wenig alterirt, doch fällt sie besonders durch ihr marmorirtes Aussehen und die starke braune Pigmentation auf.

Es besteht dabei eine geringe Hyperästhesie und verminderte Schweisssecretion der ganzen erkrankten Extremität. Mikroskopisch liess sich eine Atrophie der Epithelschicht des Papillarkörpers und des subcutanen Fettgewebes nachweisen und zwar am stärksten am Fusse, nach dem Oberschenkel zu an Intensität abnehmend.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Hutchins, M. B. The History, Treatment and Pathology of an Uncommon Evolution from a Naevus Teleangiecttodes. New-York Med. Journ. LXVI, 12. Sept. 18. 1897.

Hutchins operirte eine Gefässgeschwulst am Nacken eines 5 Mon. alten Kindes anfangs durch Ligatur, später durch Exstirpation; dieselbe hatte bald nach der Geburt entschiedenes Wachsthum gezeigt. Auf Grund makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung erklärt H. die Geschwulst für ein Angeiolipoma, ohne die sarcomatöse Natur mit absoluter Sicherheit ausschliessen zu wollen. Hermann G. Klotz (New-York)

Moore. The Operative Treatment of varicose veins, with especial Reference to a Modifícation of Trendelenburgs operation. The Therapeutic Gazette. 1897, p. 54.

Moore empfiehlt die Ligatur der vena saphena magna möglichst hoch zu legen; den Schnitt quer auf den Längsverlauf des Gefässes zu machen, da sie so leichter zu finden sei; mit Seide zu unterbinden wegen deren leichterer Sterilisirbarkeit. Verf. macht die Operation ambulatorisch und gestattet den Patienten nach Hause und ihren Geschäften nachzugehen. Felix Pinkus (Breslau).

Reboul, M. F. (Nîmes). Angiomes et angiolipomes souscutanés et intra-musculaires simples et caverneux du membre supérieur gauche et du thorax. (Association française pour l'avancement des sciences, congrès de Saint-Étienne, 5.—12. Aug. 1897. Gazette hebd. de méd. et chirurg. Nr. 66, 1897.)

R. berichtet über eine im Laufe von 18 Jahren allmälig entstandene Geschwulstbildung von angiocavernösem und angiolipomatösem Charakter bei einer 30jährigen Frau, wo schliesslich locale Beschwerden Anlass zum Einschreiten gaben. Die Tumoren wurden ganz entfernt bis auf eine Stelle der l. Brust, wo der Tumor den Pectoralis, die Intercostalmuskeln durchwuchert hatte und bis ins Mediastinum vorgedrungen war. Wegen des progressiven Wachsthums, der Störungen des Allgemeinbefindens, Gefahr der Entwicklung der Geschwülste im Körperinnern stellt R. die Prognose nicht als günstig hin, therapeutisch kommt Exstirpation, bezw. Elektrolyse in Betracht. Geyer (Breslau).

Merkens, Wilhelm. Ein Beitrag zu der Lehre von den congenitalen Hämangiomen. Inaug.-Diss. Kiel 1894.

Merkens beschreibt einen wegen der Grösse des Tumors bemerkenswerthen Fall von einem angeborenen Angiom bei einem 7 Monate alten Kinde. Der Tumor füllt die ganze Innenseite des linken Oberschenkels und die Unterbauchgegend aus und zeigt die häufig beobachtete Erscheinung des An- und Abschwellens.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Heuss, E. Lymphangioma circumscriptum cysticum. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIII.

Die Pat. Heuss' machte in ihrem 10. Lebensjahr im Anschluss an Masern ein Hüftgelenksleiden durch, das mit Bildung von Fisteln in der Hüftgegend einherging. Einige Jahre darauf bemerkte sie eine Anschwellung des grossen Labium derselben Seite, die dann allmälig auch das rechte Bein unter anfallsweise auftretender Röthung, Brennen etc. ergriff, mit, manchmal durch Schüttelfröste eingeleiteter Fiebersteigerung. Zugleich traten zuerst in der Umgebung der Fisteln, dann an den Labien, um den Anus herum, glänzende prall gespannte Bläschen auf, die oft einen mehrkämmerigen Bau erkennen liessen. In der letzten Zeit entwickelten sich die Bläschen auch am r. Oberschenkel. Neben den Bläschen fanden sich auch Efflorescenzen von Knötchenform. Die histologische Untersuchung der beiderseits aus den grossen Labien excidirten



Hautstücke ergab die Richtigkeit der auf Lymphangioma circumscriptum gestellten Diagnose. Die Entstehung der Lymphangioma dürfte zurückzuführen sein auf Lymphstauung, hervorgerufen durch auf die Lymphgefässe drückende Narbenstränge, die in Folge des tiefliegenden Knochen- und Gelenkleidens entstanden waren. Ludwig Waelsch (Prag).

Chavannaz. Kyste dermoide suppuré de la grande lèvre. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 44. Nr. 54, p. 646, 8. Juli 1897. Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux. 24. April 1897.

Chavannaz sah bei einer 34jähr. Frau an der grossen Schamlippe einen Tumor, der 12 Jahre vorher im II. Monat einer Schwangerschaft erschienen war und seitdem mehrfach zur Entleerung von Eiter eröffnet wurde. Stets aber blieb ein Knoten, der sich nach der Exstirpation als Dermoidalcyste erwies. Löwenheim (Breslau).

Holzmann, Ernst. Fibroma molluscum permagnum labii maioris dextri. Inaug.-Diss. Marburg 1896.

Wie der Titel schon sagt, handelt es sich bei dem Holzmannschen Falle um ein aussergewöhnlich grosses cystisches Fibrom, das sich bei einer 37jährigen Frau innerhalb 9 Jahren so gross entwickelt hatte, dass es den Raum zwischen den Oberschenkeln bis zu den Knien herab vollständig einnahm, und vor Allem das Sitzen sehr erschwerte. Eine Operation brachte vollständige Heilung.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Péan. Néoromes multiples de polyorchidie. Gazette hebdom. Nr. 6, 1897.

P. berichtet über einen von ihm wegen multipler Neurome operirten Fall, in dem rechterseits 2 gesunde Hoden einen gemeinschaftlichen Nebenhoden besassen; es ist dies also ein sicher beglaubigter Fall von Polyorchidie. Zuelzer.

Roncali, D. D. B. Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse über die Aetiologie des Krebses. Centralblatt f. Bakteriologie etc. Bd. 21, p. 318 ff.

Roncali kommt nach kurzer Würdigung der früheren Theorien über die Aetiologie des Carcinoms ausführlich auf die neuen Ansichten zu sprechen und glaubt, dass man eine genetische Verbindung zwischen Blastomyceten und bösartigen Neubildungen nicht in Abrede stellen könne. In 13 Sätzen fasst er die bisher erlangten Resultate zusammen, und stellt den experimentellen Weg zur Klärung als den allein richtigen hin gegenüber dem morphologischen. Zum stringenten Beweise verlangt aber auch er, dass man durch die aus Neubildungen isolirten Blastomyceten bei einer Thierart, bei der gleichen Gattung dieselben Neoplasmen hervorrufe. Wolters (Bonn).

Gay, A. Epithélioma corné. Gazette hebdom. de méd. et de Chirurgie 1897, Nr. 36. Société nat. de méd. de Lyon. Séance du 12. avril 1897.

Gay A. stellt eine 83jährige Frau vor, der ein 7 Cm. langes, häkchenförmiges „horniges Epitheliom" von der Wange entfernt worden.



Bezüglich der mikroskop. Structur dieses Gebildes erinnert Roullet an einen ähnlichen Fall, dessen Untersuchung die Diagnose Hornzellenepitheliom ergab. x.

Fumagalli und **Alfieri.** Un caso di epithelioma epibulbare con forme blastomicetiche. Gazetta medica di Torino. 1897, p. 96.

Fumagalli und Alfieri berichten über ein Epitheliom am Bulbus, in dessen interstitiellem Gewebe zahlreiche hefepilzähnliche Gebilde sich fanden; zwischen den Epithelzellen fehlten sie. Culturen wurden nicht angelegt. Felix Pinkus (Breslau).

Tillaux. Epitelioma della Faccia. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1897, Nr. 15.

Tillaux stellt eine Kranke vor, welcher er vor 5 Jahren ein von einer Pigmentwarze ausgegangenes Carcinom exstirpirt hat, und welche seit 1 Jahr ein Recidiv hat. Im Anschluss daran bespricht er die Gutartigkeit eines grossen Theils der Gesichtskrebse, welche zuweilen spontan oder nach ganz geringfügigen therapeutischen Massnahmen heilen.

Felix Pinkus (Breslau).

Larini. Morbo di Paget. Commentario clinico delle Malattie cutanee e genito-urinarie 1894, Nr. 4. (Ref nach Baumgarten. Jahrg. 1894.)

Larini gibt zwar zu, dass die bekannten Zelleinschlüsse als Parasiten noch nicht die Existenzberechtigung erlangt haben, folgert aber aus andern klinischen, wie uns scheint, nicht hinreichend stichhaltigen Gründen die Infectiosität dieser Erkrankung. Joh. Fabry (Dortmund).

Lévi, Leopold. Lésions médullaire dans la maladie de Paget. La méd. mod. 1897, 22. p. 176. Soc. de biologie 15. März 1897.

L. Lévi berichtet im Anschluss an die Untersuchungen von Gilles de la Tourette, Marinesco und Pic, nach welchen Paget's Krankheit auf einer Dystrophie nervösen Ursprungs zu beruhen scheine, über einen Fall, bei dem sich eine Pseudosystemerkrankung im Rückenmark fand, die wesentlich dem Gefässverlauf entsprach. Erkrankt waren die Goll'schen Stränge, die hintere Wurzelzone, die gekreuzten Pyramidenstränge und die directe Kleinhornbahn. Die Pia mater war verdickt.

Löwenheim (Breslau).

Ducastel, M. Traitement des cancroides par le bleu de methyleue. Société de Therapeutique, Sitzung 11. November 1896. Gazette hebdomadaire de med. et de chir. Nr. 93, 1896.

Ducastel hat die Behandlung der Cancroide nach Darier mit Methylenblau modificirt, indem er die erkrankten Stellen mit scharfem Löffel auskratzt und das Methylenblau nur alle 8 Tage applicirt. Die Heilung schützt nicht vor Recidiven.

Landouzy hat das Methylenblau ohne Erfolg angewandt.

Sachs (Breslau).

Roncali, D. D. B. Ueber die Behandlung bösartiger Tumoren durch Injection der Toxine des Streptococcus erysipelatis, zugleich mit dem des Bacillus prodigiosus




sowie der nach den Methoden von Richet und Héricourt und nach den von Emmerich und Scholl zubereiteten sog. anticancerösen Serumarten. Centralblatt für Bakteriologie etc. Bd. 21, p. 782 ff. u. 858 ff.

Roncali geht nach kurzer Erwähnung der in der Literatur vorfindlichen Fälle von malignen Tumoren, die durch intercurrente Erysipela sich besserten oder heilten, auf die Injectionen von Reinculturen und Toxien in die Neoplasma über. Nach eingehender Kritik der gewonnenen Resultate gibt er seine eigenen Versuche und einfachen und gemischten Toxinen wieder und kommt nach kurzem Eingehen auch auf die Versuche von Emmerich und Scholl zu der Ansicht, dass wohl Injectionen von Toxinen, wie Serum, dem Patienten nicht helfen könne, sondern im Gegentheil den Allgemeinzustand ungünstig beeinflussen müsse.

Wolters (Bonn).

De Amicis. Sulla sarcomatosi cutanea idiopatica. Academia medico-chirurgica. Napoli. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. 30. Mai 1897, Nr. 64, p. 685

De Amicis unterscheidet 3 Arten von Sarcomatosis der Haut:

1. Sarcomatosis cutanea non pigmentosa.
2. Sarcomatosis melanotica.
3. Sarcomatosis multipla idiopathica pigmentata et hämorrhagica.

Von der letzten Form, die von Kaposi zuerst 1870 beschrieben worden ist, hat er seit 1874 50 Fälle gesehen und glaubt, dass es sich um einen klinisch gut umgrenzten Krankheitstypus handelt, welcher zu den sarcomatösen Erkrankungen, nicht zu den Granulationsgeschwülsten gehöre, zumal er in einem Falle eine Metastase in Tibia und Fibula beobachtet hat, welche mikroskopisch genau dieselbe Geschwulstform wie der Hauttumor darbot.

Aetiologisch liessen sich niemals Mikroben, auch nicht Blastomyceten nachweisen. Desgleichen gab weder die Impfung auf Thier, noch die Toxicität des Urins irgend einen Aufschluss.

Therapeutisch hat sich das Arsen vorzüglich bewährt und kann de Amicis einen 15jährigen hiermit völlig geheilten Kranken vorstellen. Von 15 andern demonstrirten Kranken sind 4 so gut wie geheilt, während bei 5 diese Therapie keinen bemerkenswerthen Einfluss gehabt hat. Die Wirkung des Quecksilbers stellt er mit Bezugnahme auf 2 vorgestellte Patienten im Gegensatz zu d'Antona in Abrede, welcher die Affection als Syphilid auffasst.

In der Discussion stimmt Antonelli dem bei. D'Antona bleibt dabei stehen, dass es ähnliche auf Lues beruhende Fälle gebe, welche durch Quecksilber heilten. Löwenheim (Breslau).

Ancora sul sarcomatosi cutanea idiopatica.

De Amicis stellt zwei Fälle vor, deren einer nach dem vergeblichen Versuch einer Quecksilbercur auf Arsen heilte, während der zweite vollständig spontan zur Abheilung kam. Löwenheim (Breslau).





D'Antona sul sarcomatosi cutanea multipla. Sedula die 9. magyro 1897.

D'Antona spricht über 2 Fälle von multiplen Hautsarcom, die sicherlich nicht luetisch waren und schlank durch Quecksilber heilten. Er erinnert an einen gleichen Fall von Scarpetta, sowie an zwei solche von Esmarch, welche, nachdem Operationen sich erfolglos gezeigt hatten, einer mercuriellen Cur zugänglich waren. Dasselbe habe auch Rose in einem Fall erfahren. Auch er selbst habe nach der Exstirpation eines Riesentumors die Erfahrung gemacht, dass derselbe ein entzündliches Gebilde gewesen sei. Einige Fälle von multiplen Hautsarcomen aber seien luetisch und wichen dann der antiluetischen Cur.

De Amicis meint, dass die von d'Antona angeführten Fälle ebenso spontan geheilt wären.

Armanni glaubt, dass unter Umständen auch nicht syphilitische Tumoren durch Quecksilber heilen könnten.

Im Gegensatz zu d'Antona hält endlich de Amicis die Diagnose der multiplen Hautsarcomatose für unbedingt möglich.

Löwenheim (Breslau).

Kaposi, M. Fall von Sarcomatosis universalis. — Tod. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. IV. Jahrgang 1895.

Ein 52 Jahre alter Bauer, dessen Hautveränderung angeblich erst seit 6 Wochen bestand. Derselbe zeigte bei seiner Aufnahme fast über den ganzen Körper verbreitet zahlreiche (über 100) linsen- bis kleinapfelgrosse derb elastische Knoten, über denen meistens die Haut nicht faltbar und normaler Farbe war, während über anderen die Haut bläulich-livid verfärbt und in Falten abhebbar war. Auch an den inneren Organen (Herz, Leber, Milz) war intra vitam eine Vergrösserung nachweisbar. Therapeutisch wurden Injectionen von Natr. arsenicos. versucht, doch kam Patient nach einem 14tägigen Spitalsaufenthalte zum Exitus. Die Section ergab: Sarcoma multiplex cutis, musculorum, glandularum lymphaticarum, durae matris, myocardii, hepatis, renum, glandulae suprarenalis dextrae, pleurae, peritonei et testis dextri. Fricke (Breslau).

Strauss, Aron. Sarcomatosis der Haut und des Magens. Inaug.-Diss. Würzburg 1896.

Strauss berichtet über die pathol.-anatom. Untersuchung eines Falles von Sarcomatose der Haut und des Magens. Ausser diesen beiden Organen waren nirgends Metastasen nachweisbar, so dass Str. die Frage aufwirft, ob es sich hier nicht eher um multiple Sarcomatose als um ein primäres Sarcom des Magens mit Verschleppung in die Haut handelt. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung entscheidet sich Str. für die erstere Annahme der multiplen Sarcomatose.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Steiner. Sarcoma pigmentosum cutis. Krankenvorstellung in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. Sitzung den 11. Nov. 1896. Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 28.



Steiner stellt zwei Patienten von Kaposi'schem sog. Sarcoma pigmentosum cutis vor. Er schliesst sich der neueren Ansicht an, dass es sich bei dieser Affection nicht um Sarcom, sondern um chronischentzündliche Zustände handle; dafür spreche der mikroskopische Befund und der klinische Verlauf.

In der Discussion spricht sich Köbner im gleichen Sinne aus.

O. Rosenthal (Berlin).

Gorgon. Melanotische Sarcomatosis und Epithelioma der Haut. Thèse de la Faculté de Paris. Nr. 322. Ref. Gazette hebd. de médécine et de chir. Nr. 49.

Die Heredität scheint eine gewisse Rolle bei diesen Erkrankungen zu spielen; vieles spricht jedoch für die infectiöse Natur der Krankheit. Sie wird durch eine sehr langsam oder schneller sich entwickelnde Pigmentation charakterisirt. Es können alle Schichten der Haut befallen sein; Metastasen finden sich in allen Organen, namentlich in den Knochen. Die Behandlung ist eine rein symptomatische, da eine eventuell vorgenommene Operation den Tod des Patienten nur beschleunigt.

P. Rona (Breslau).

Colombini, P. Pentosuri und Xanthoma diabeticorum. Monatshefte f. prakt. Dermatologie. Bd. XXIV.

Der 50jährige Pat. Colombini's bemerkte unter Abnahme der Kräfte das Auftreten eines Exanthems, das innerhalb ca. 6 Wochen sich zuerst an den Oberschenkeln, dann Lenden, Nates, Rumpf und Armen sich entwickelte. Dort wo die Efflorescenzen confluirten, bestand starkes Jucken und Brennen. Die Efflorescenzen selbst sind wickensamen- bis erbsengross, mehr weniger rundlich, ziemlich über das Hautniveau erhaben, von glatter oder unebener Oberfläche, zumeist folliculär, besonders hart. Ihre Färbung ist im Centrum mehr weniger gelb, an der Peripherie blass bis lebhaft roth. Im Harne fand sich kein Eiweiss, und trotz positivem Ausfall der Fehling'schen, Nylander'schen und Böttger-schen Probe kein Zucker. Auch die Untersuchung auf Milchzucker, Inosit, Levulose ergab ein negatives Resultat, dagegen ergab die Phenylhydrazin-probe und speciell die Probe nach Tollen's (Auftreten von Rothfärbung im heissen Wasserbad nach Zusatz von 10 Tropfen Harn zu einer Lösung von Phloroglycerin in 5—6 Ccm. rauchender Salpetersäure) liessen, im Zusammenhalt mit dem Schmelzpunkt des Osazons (158° statt 204° wie beim Phonylglycosazon) darauf schliessen, dass es sich um eine Pentosurie handeln müsse. Die Hautaffection ging unter Milch- und Fleischdiät, sowie Sol. Fowleri rasch zurück.

Der Fall ist wegen der vorhandenen Pentosurie und wegen des Auftretens einer Hautaffection, die bisher ausschliesslich beim Diabetes vorgekommen ist, von ganz besonderem Interesse.

Ludwig Waelsch (Prag).

Landwehr, F. Zur Aetiologie des Chalazion. (Aus dem pathol. Institut zu Leipzig.) Ziegler's Beiträge, Bd. XVI, 1894, ref. n. Baumgarten, Jahrgang 1894.



Da das Chalazion als Retentionsgeschwulst manche Analogien zu den Retentionsgeschwülsten der Haut, in erster Linie zu den Atheromen bietet, so entbehrt seine Aetiologie auch für den Dermatologen nicht eines gewissen Interesses, um so mehr, da das Chalazion als das Product einer localen Tuberculose von Baumgarten angesprochen wird und grade in dieser Richtung hat Landwehr Untersuchungen angestellt. Impfungen von Chalazionproducten, 7 verschiedenen Patienten angehörig, fielen zunächst negativ aus; es wurde geimpft Meerschweinchen in die Bauchhöhle und Kaninchen in die vordere Kammer. Nach der Anamnese fand sich, dass die Chalazien mit Vorliebe bei scrophulös veranlagten Individuen vorkommen. Histologisch wurden 20 Fälle untersucht und es fanden sich neben Granulationsgewebe epitheloide Zellen und Riesenzellen, echte Riesenzellen, worauf aufmerksam gemacht wird unter Hinweis auf die Deutschmann'schen riesenzellartigen Epithelhaufen. Eine Reihe von Autoren haben den Nachweis zu erbringen versucht, dass die Riesenzelle (Langershans) ein Kristerium für die Tuberculose nicht mehr abgeben könne, indem typische Riesenzellen nicht nur bei Tuberculose allein, sondern auch anderen chronischen Entzündungsproducten vor allem bei Lues gefunden würden. Auch eine Publication des Referenten über einen Mischfall von Lues und Tuberculose, die sich in erster Linie auf den Nachweis von Riesentuberkeln im Gewebe stützte, wurde von Herxheimer zurückgewiesen als nicht hinreichend wissenschaftlich begründet. Dem gegenüber soll an dieser Stelle noch mitgetheilt werden, dass Baumgarten nach wie vor den Standpunkt vertritt, dass das Structurbild des typischen Riesenzellentuberkels ausser bei Tuberculose und bestimmten Fremdkörpern, durch keine andere Erkrankung und auch nicht durch Syphilis erzeugt werden könne.

Landwehr hebt bei der Untersuchung des Gewebes auf Tuberkelbacillen hervor, dass es ihm nur in einem einzigen Falle gelungen sei, unter 50 Schnitten in dreien Tuberkelbacillen nachzuweisen; selbstverständlich kann aber dieser Befund nur im positiven Baumgartenschen Sinne verwerthet werden; ist doch auch bei Lupus, Gelenktuberculose und selbst bei chronischem Lungentuberkel der Nachweis der Bacillen ein äusserst schwieriger. L. kommt hiergegen zu dem Schlusse, dass man berechtigt sei, das Chalazion in einer Quote von Fällen für ein tuberculöses Product zu halten, dass man sich aber nicht verhehlen dürfe, dass die Beweise hierfür solange nicht als zwingend anerkannt werden können, als kein positiver Ausfall der Impfversuche vorliegt. Angesichts der negativen Impfresultate und der vereinzelten Befunde von Tuberkelbacillen scheine ihm das Chalazion in der Mehrzahl der Fälle nicht auf der Basis der Tuberculose sich zu entwickeln.

Joh. Fabry (Dortmund).

Picherin et **Pettit.** Sur le kraurosis vulvae. Gazette hebdom. 25 février 1897.

Es ist ganz kurz als Sitzungsbericht mitgetheilt, dass P. et P. zum ersten Mal in Frankreich einen Fall von Kraurosis vulvae (Breisky) be-



kannt gaben; klinisch bietet er das Bild der Leukokeratose dar und ist wohl zu trennen von der Leukoplasie. G. Zuelzer.

Kleyn, Richard. Pathologisch-histologische Studie über Epidermis-Transplantation auf das Ulcus rodens. Inaug.-Diss. Würzburg 1895.

Kleyn untersuchte ein im Leben excidirtes Stück eines Ulcus rodens der Wange. Auf das Ulcus waren früher Thiersche'sche Hauttransplantationen gemacht worden und wurde nun zur Untersuchung eine Stelle ausgewählt, wo sich einerseits eine offene Granulation befand, andererseits verschiedene Epidermislagen in mehr oder minder starker Befestigung die Cutis bekleideten. Kl. fand, dass, wiewohl sich die Zellen der gesunden Plattenepithels mit den erkrankten berühren, ja sogar von einem Plasmastrom im Anfang ernährt werden mussten, sie selbst nicht carcinomatös entartet waren. Es tritt also in keiner Weise eine Nachbarinfection von Zelle zu Zelle ein, sondern das aufgepflanzte Epithelium behält die Eigenschaften seines Mutterbodens und bleibt als selbständiges Ganze bestehen. Es muss sich im Anschluss hieran die Vermuthung aufdrängen, dass die Epidermis, welche längere Zeit, ohne der Zerstörung anheimzufallen, die Bedachung eines Krebses gebildet hat, im Stande sein wird, den aus der Tiefe andrängenden Krebsmassen einen gewissen Widerstand entgegenzusetzen. Wie lange sie es aber aushalten wird, das wird natürlich von dem einzelnen Falle abhängen. Immerhin räthselhaft vor allen Dingen bleibt die aus dieser Beobachtung sich ergebende Thatsache, dass eine feste Vereinigung von Epidermis und ausgesprochenem Carcinom ohne eine bindegewebige Zwischenschichte hat erfolgen können.
Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Kaposi, M. 2 Fälle von Lichen ruber acuminatus. — Besserung. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten. IV. Jahrg. 1895.

Die Affection war in beiden Fällen fast über den ganzen Körper verbreitet; durch die Behandlung wurde in beiden Fällen eine bedeutende Besserung erzielt, indem das Jucken aufhörte, die Epidermis stark abschuppte, Röthung und Infiltration der Haut bedeutend sich minderte. Therapie bestand in äusserlicher Anwendung von Borglycerin, innerlich wurden in dem einen Falle Carbolpillen gegeben, die später durch asiatische Pillen ersetzt wurden, im zweiten Falle wurde täglich 0·01 Gr. Natr. arsenicos. subcutan injicirt. Fricke (Breslau).

Hergott, Georg. Ueber die Natur des Lupus erythematodes. Inaug.-Diss. Strassburg 1896.

Hergott hat zwei Fälle von Lupus erythematodes mikroskopisch untersucht. Der Befund war bei beiden derselbe. Was die Veränderungen in der Cutis betrifft, so besteht eine starke Infiltration des Gewebes mit Rundzellen, besonders in den oberen Theilen, welche hauptsächlich die Umgebung der Gefässe, Haarbälge und Talgdrüsen befallen hat. Die Gefässe selbst erscheinen erweitert, in älteren Stellen sind sie in Folge der starken Zellinfiltration kaum mehr zu erkennen. Hin und wieder trifft man kleine Hämorrhagien an. Die Haarbälge weisen ebenfalls



eine Verdickung auf. Die Talgdrüsen sind hypertrophisch und auch ihre Ausführungsgänge erscheinen erweitert. Ebenso zeigen sich an manchen Stellen die Lumina der Schweissdrüsen dilatirt. Das Bindegewebe ist gequollen. Seine Kerne theilweise vermehrt. Die ziemlich stark erweiterten Saftlücken deuten auf eine ödematöse Durchtränkung des Gewebes. Ein partieller Schwund resp. eine Streckung und Verdünnung der elastischen Fasern ist besonders in den Stellen, welche den älteren Partien der Affection entsprechen, deutlich vorhanden. Ueberall zerstreut sind ziemlich viele Mastzellen zu nden; auch in der Media und Adventitia einer Arterie waren welche zu sehen. Dagegen ist die nach der Aussage mancher Autoren normaliter auftretende fettige und colloide Degeneration nicht nachzuweisen gewesen.

Bei der Untersuchung der Epidermis fällt zunächst die Verbreitung des Stratum corneum und eine lamelläre, parallel der Oberfläche vor sich gehende Abblätterung derselben auf. Das Stratum lucidum ist kaum mehr zu erkennen. Die Mündungen der Haarfollikel sind stark erweitert und theilweise von zapfenförmigen Fortsätzen der Hornschicht erfüllt. Das Stratum Malphigii weist wenig Veränderungen auf.

An manchen Stellen, besonders da, wo in der Cutis die Infiltration mit embryonalen Zellen stark ausgesprochen ist, besteht auch eine Infiltration des Stratum spinosum, so dass da die Grenze zwischen Epidermis und Cutis vermischt erscheint. Die Fortsätze des Papillarkörpers sind meist geschwunden oder stark abgeflacht.

Nirgends sind Riesenzellen, Tuberkelbildung oder Verkäsung der Gewebe zu finden.

Auch das Suchen nach Mikroorganismen fiel völlig negativ aus.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Sensibilitätsneurosen.

Samways. The Treatment of piles and pruritus ani by collodion. The British medical Journal. Nr. 1873. November 21, 1896.

Samways empfiehlt als schnellwirkendes Mittel gegen Pruritus ani gewöhnliches Collodium. Nach einigen Augenblicken ziemlich starken Stechens (das durch vorherige Cocainisirung vermieden werden kann) lässt das Jucken für mindestens 12—24 Stunden nach. Vielleicht beseitigt der Alkohol und Aether, in dem das Collodium gelöst ist, momentan das Jucken, und der Collodiumüberzug verhindert durch Abhaltung der Luft und sonstiger Schädlichkeiten das Wiedereintreten derselben. Für herausgetretene Hämorrhoiden wirkt das Bestreichen mit Collodium wie die Application eines elektrischen Strumpfes für die Varicen der Beine. Das Collodium wird jeden Morgen nach dem Stuhlgang, auf etwas Watte getropft, aufgelegt. Felix Pinkus (Breslau).



Heiss, Adolf. Ueber Vulvitis pruriginosa. Inaug.-Diss. Erlangen 1895.

Heiss beschreibt einen Fall von Vulvitis pruriginosa bei einer 64jährigen Frau. Das intensive Jucken und Brennen bestand schon seit 33 Jahren, ohne dass es gelungen wäre den stetig zunehmenden Beschwerden Einhalt zu gebieten. Da sich in der letzten Zeit an der Innenfläche des linken Labium noch ein etwa markstückgrosses Carcinom entwickelt hatte, wurde die ganze an Juckreiz erkrankte Partie (Clitoris, Nymphen und ein Theil der Labia majora) in Narcose entfernt und zwar mit dem Erfolge, dass Patientin vollständig von ihren früheren Beschwerden befreit wurde. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Ruge, Paul. Zur Behandlung des Pruritus vulvae. (Berl. Klin. Wochenschr. 1896. Nr. 18.)

Ruge führt den Pruritus vulvae auf örtliche Reizzustände zurück, die durch einen chemischen oder bakteriellen Vorgang bedingt sind. Daher ist das grösste Gewicht auf die Durchführung der peinlichsten Sauberkeit zu legen. Zu diesem Zweck hat R. seit Jahren in jedem Falle Vulva, Vagina, Portio und Cervix, soweit er für den Finger zugängig ist, mit Seife ohne Anwendung von Bürsten, gereinigt und mit Sublimat gewaschen, bis er den Eindruck hatte, es könnten keine pathogenen Stoffe mehr vorhanden sein. Das Verfahren muss alle 3—4 Tage wiederholt werden; der Erfolg war glänzend. R. empfiehlt dieses Verfahren auch für die frische Gonorrhoe, um das Fortschreiten des Processes zu verhüten. O. Rosenthal.

Hilchenbach, Hubert Josef. Prurigo. Inaug.-Diss. Würzburg 1894.

Hilchenbach berichtet über therapeutische Versuche mit Massage bei einem 27jährigen Patienten mit Prurigo Hebr. Die Cur bestand in täglichen Streichungen der betreffenden Extremität mit der flachen Hand in centripetaler Richtung. Als Vehikel diente Vaselin. Die Dauer der einzelnen Sitzungen betrug durchschnittlich 10 Minuten. Die Wirkung der Massage machte sich dahin geltend, dass ein Schwund der alten Knötchen bemerkbar wurde, während neue auftraten, die jedoch nach Angabe des Patienten weniger juckten. Nach einer achttägigen Cur trat die Einwirkung der Massage auf die Knötchenbildung klar zu Tage. Ein Vergleich mit der nicht massirten Extremität sprach ganz entschieden für einen negativen Erfolg, indem die massirte Extremität nicht nur bedeutend stärker mit Efflorescenzen bedeckt war, sondern auch viel intensiveres Jucken verursachte, wie dies die zahlreichen Kratzeffecte klar beweisen. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Milian. Le prurigo dans la maladie d'Addison. Gazette hebdomad. de Méd. et de Chir. Nr. 45. 6. Juni 1897.

Milian gibt die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von morbus Addisoni, der durch einige Affectionen der Haut bemerkenswerth erscheint. Die Patientin befand sich seit einigen Wochen in Hospitalbehandlung und war anfangs mit Arsenik und Milchdiät, dann mit Nebennierenextract behandelt worden, als sich ein unerträgliches Hautjucken

zugleich mit einer generalisirten Hautaffection einstellte. Letztere zeigte zwei Arten von Efflorescenzen, Prurigopapeln und lichenoide Elemente. Die Prurigopapeln waren hellroth, stecknadelkopfgross, hier und da mit kleinen bräunlichen Krusten bedeckt und sassen hauptsächlich an der vorderen Brustwand und den Vorderarmen, die lichenoiden Elemente, etwas grösser flach, nicht excoriirt, glänzend und von unregelmässiger Form sassen am Nacken an den seitlichen Partien des Halses und der Wangen und juckten am allermeisten. Endlich fanden sich am Abdomen besonders kleine Purpuraflecke und grössere Hautblutungen in reichlicher Anzahl.

Die Hauteruption heilte unter Mentholsalbe nur sehr schwer ab. Sie stand auf der Höhe, als die Patientin 14 Tage lang mit Nebennierenkapsel behandelt war; ob man aber einen Zusammenhang annehmen soll, ist doch zweifelhaft, denn weder stellte sich nach Aussetzen der Organotherapie eine Besserung, noch nach der Wiederaufnahme eine Verschlechterung der Hautaffection ein. Paul Oppler (Breslau).

Parasiten.

Haushalter. Favus unguéal. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1897, Nr. 10, p. 115. Société de médecine de Nancy. 11. November 1896.

Haushalter sah bei einem Mädchen Favus des Nagels. Die Oberfläche des Nagels war granulirt und trug kleine gelbliche Erhabenheiten, der freie Rand war grau, unregelmässig, rissig, der Nagel selbst verdickt. Die Affection ist vermuthlich vom Kopf aus übertragen worden.

Simon hat einen ganz gleichen Fall gesehen.

Löwenheim (Breslau).

Pergens. Favus des Augenlides. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde v. Zehender. XXXV. Jahrgang, Juli-Heft.)

Pergens beobachtete einen 14jährigen Knaben mit Favus am rechten Unterlide. Die Krankheit war 20 Tage alt und bis dahin ohne Behandlung. Von den Haus- und Arbeitsgenossen (der Kranke war in einer Lederschuhfabrik beschäftigt) hatte keiner eine ähnliche Affection. Von Hausthieren war bloss eine Katze vorhanden und auch gesund. Eine schmutzig gelb-weisse Masse nahm den ganzen unteren Lidsaum ein, war 4—6 Mm. breit und 2—3 Mm. dick und schloss nur eben die Cilien des unteren Lides in sich. Die Oberfläche war völlig glanzlos, die Bruchfläche leicht faserig wie durchgerissenes dickes Fliesspapier; die Cilien waren gesund; die Epidermis nur in den obersten Schichten gelockert. Mikroskopisch: grosse Anzahl Myceliumfäden, obenauf eine Menge Sporen. Die Myceliumfasern hatten 1·2—1·4 $\mu\mu$ im Querdurchmesser, die Gonidien, meist oval, hatten 1·8—2·5 $\mu\mu$. Die Cultur in destil. Wasser mit etwas Kochsalz zeigte nach 24 Stunden neugebildete Myceliumfasern



mit dickeren Anschwellungen am Ende und in der Mitte. „Conjunctiva, sowie der ganze übrige Patient waren vollständig normal.“ Behandlung mit 4% Jodnatriumlösung und 2% Höllensteinlösung. Heilung nach 6 Tagen. Camill Hirsch (Prag).

Sabonraud, R. Ueber Trickophytiasis und Herpes tonsurans, hervorgerufen durch das Mikrosporon Gruby. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIII.

Als abschliessende Untersuchung veröffentlicht Sabonraud die Ergebnisse seiner langjährigen Untersuchungen. Ein Eingehen auf die 82 Punkte dieser Arbeit würde den Rahmen des Referates weit überschreiten, und sei hiemit auf die Originalarbeit verwiesen.

Ludwig Waelsch (Prag).

Dubreuilh, W. und **Frèche,** D. Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis. Monatshefte f. prakt. Dermatologie, Bd. XXIII.

Dubreuilh und Frèche beobachteten 2 Fälle von Trichophytiasis, bei welchen die Umwandlung der letzteren Herde in kahle Stellen vom Aussehen der Alopecia sich unter ihren Augen in wenigen Tagen vollzog. In Folge Atrophie ihrer Wurzeln fielen die kranken Haare ohne jede Entzündung aus, und es entstanden kahle, glatte, das Bild der Alopecia areata darbietende Stellen. Als Krankheitserreger fanden die Verf. das Trichophyton ectothrix, dessen kleine Sporen an das Mikrosporon Audonini (Gruby-Sabonraud) erinnerten. In dem einen Falle konnte die Uebertragung von einer an allgemeiner Trichophytie leidenden Katze nachgewiesen werden. Ludwig Waelsch (Prag).

Secchi, T. Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloidacne. (Vorläufige Mittheilung.) Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXIII.

Secchi fand in Schnitten von Keloidacne (bei Fixirung in conc. Sublimatlösung und Zusatz von 2% Kaliumbichromat), die mit Safranin Martinotti gefärbt wurden, zahlreiche runde homogen erscheinende Körperchen von verschiedener Grösse, die meist gruppirt in den tiefen Schichten der Cutis mitten in Infiltrationsherden lagen. Als Resultate hyaliner oder colloider Degeneration konnten sie nicht aufgefasst werden, da die Infiltration noch eine ganz frische war und gut erhaltene Leukocyten zeigte. Färbungen nach Sanfelice liessen sie als Blastomcyecten erkennen.

Die Grösse der Körperchen, die auch in den oberen und mittleren Theilen der Cutis, in der Nähe der Retezapfen und in den Papillen vorkommen, sofern keine Zelldegeneration vorhanden ist, ist etwa die Hälfte der Leukocyten oder selbst etwas geringer als die der letzteren; einige sind ungefähr gleich gross, die meisten etwas grösser, einige nur das Doppelte oder Dreifache. Die kleineren Körperchen stehen meist in Gruppen, die grösseren isolirt. Die isolirten oder in kleineren Gruppen stehenden sind meist andocellulär.

Secchi behält sich vor in einer ausführlichen Arbeit das Thema eingehend zu bearbeiten. Ludwig Waelsch (Prag).



Secchi, Th. Ueber die pathogene Wirkung der Blastomyceten und ihre Bedeutung in der Aetiologie der Neubildungen und anderer Krankheiten. Monatshefte für prakt. Dermatologie, Bd. XXIV.

Ein ausführliches kritisches Referat über die neuesten italienischen Arbeiten über obiges Thema. Ludwig Waelsch (Prag).

Jona, Dr. Giuseppe. Die Schutzmittel des Organismus gegen die Blastomyceten. Centralblatt für Bakteriologie etc. Abth. I, 1897, Bd. 21, p. 147.

Jona injicirte Saccharomyces apiculatus, einem nicht pathogenen Blastomyceten bei Kaninchen subcutan intraperitoneal und intravenös. Es fand sich, dass die Blastomyceten im Organismus nachher noch vorhanden waren, aber entwickelungsunfähig. Verf. schliesst aus seinen zahlreichen Versuchen, dass die Körperflüssigkeiten die Fähigkeit haben, die Eindringlinge zu tödten und zu zerstören. Wolters (Bonn).

Davidson, A. So-called Spides bites and their treatment. The Therapeutic Gazette, 1897, p. 80.

In einem Vortrage in der Pomona Medical Society hatte Brown über eine Anzahl von Fällen berichtet, in denen nach dem Stich einer kleinen giftigen Spinne (Lathrodectus mactans Tebr.) schwere nervöse Symptome aufgetreten seien. Davidson sagt, dass weder von dieser noch von der anderen in Südcalifornien einheimischen kleinen Giftspinne (Phiddipus Johnsoni. Peck.) so schwere Erscheinungen der Regel nach hervorgerufen wurden, und ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen die als „Spinnen-Stich" gemeldeten Erscheinungen durch ein geflügeltes Insect, Rhasahus bigutatus Lay., erzeugt würden. Die durch den Biss dieses Thiers verursachte Affection besteht der Regel nach in einer Zellgewebsentzündung mit dunklem Punkt in der Mitte; hier bildet sich dann eine Blase und aus dieser ein kleines Geschwür. Ein specifisches Gift scheint dieses Thier nicht zu haben, vielmehr mit irgend welchen putriden Stoffen, die es in seiner z. T. auf Leichen schmarotzenden Lebensweise aufnimmt, die Wunde zu inficiren. Als Therapie haben sich Umschläge mit Sublimatlösung $^1/_{1000}$—$^1/_{500}$ bewährt. In ungefähr 8 Tagen ist die Affection geheilt. Felix Pinkus (Breslau).

Anatomie, Physiologie, pathol. Anatomie, allgem. und experim. Pathologie und Therapie.

Rabl, Hans. Untersuchungen über die menschliche Oberhaut und ihre Anhangsgebilde mit besonderer Rücksicht auf die Verhornung. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 48, 1897.

Der Verfasser schliesst sich der von Ranvier begründeten Lehre an, dass das Protoplasma der Epidermiszellen von feinen Fasern durchzogen werde, welche — unter einander zusammenhängend — die feste



Verbindung der Epithelzellen bedingen. Diese Protoplasmafasern stellen Theile der Filarmasse des Zellkörpers dar, welche wegen ihrer besonderen Function auch einen besonderen Grad von Ausbildung erlangt haben. Die Intercellularbrücken bestehen nicht aus den Fasern allein, sondern auch noch aus einem Mantel nicht differencirten Protoplasmas, woraus sich ihre — im Vergleich mit den Protoplasmafasern — grössere Breite erklärt. Die in der Mitte der Brücken gelegenen Knötchen können wieder durch Fäserchen verbunden sein; zuweilen findet man, dass die Verbindungslinie zwischen den Knötchen nicht eine Faser ist, sondern ab und zu auch den Durchschnitt einer Membran darstellt. Es handelt sich demnach um eine bald nur rudimentäre, bald wohlentwickelte Scheidewand zwischen den Epithelzellen. Die Knötchen der Intercellularbrücken selbst dürften den „Dermatosomen" Strasburger's entsprechen.

Für das Studium der Verhornung kommen zwei Kategorien von Oberhautgebilden in Betracht: erstens diejenigen, welche aus total verhornten Zellen aufgebaut sind; zweitens alle jene, bei welchen nur die äusserste Peripherie der Zellen in Hornsubstanz umgewandelt ist. Von Gebilden letzterer Art wurden Haare von Menschen und Thieren, Dunenfedern des Hühnchens und Krallen eines Kätzchens untersucht. An den verhornenden Haarrindenzellen tritt eine fortschreitende Veränderung der Zellkerne auf: der Kern wird immer dünner, wodurch die Chromatinkörner einander immer näher treten; die achromatischen Verbindungsfäden werden undeutlich, die Körner selbst in ihrem Volumen verkleinert. Späterhin fliessen die Chromatinkörnchen zu einer homogenen Masse zusammen; dann verliert das Chromatin seine Affinität zu Kernfärbemitteln, ist nur noch durch Eosin und endlich auch durch dieses nicht mehr färbar. Dieselben Veränderungen treten auch an den verhornenden Zellen der anderen untersuchten Gebilde der ersten Kategorie auf.

Bei der zweiten Kategorie von Oberhautgebilden ist der Verhornungsprocess complicirter, weil die Zellen des Stratum malpighii nicht unmittelbar in die des Stratum corneum übergehen, sondern vorher die Zwischenstadien des Stratum granulosum und S. lucidum zu durchlaufen haben. Ein Einblick in den Bau des Str. corneum ist nur durch Untersuchung nach den verschiedensten Methoden zu gewinnen; zahlreiche Widersprüche beruhen auf der Einseitigkeit der Untersuchungsmethode. Den Zellen des Stratum corneum ist ebenfalls eine Kittsubstanz zuzuerkennen, welche nicht flüssig ist, wie die des Str. malpighi, sondern bei der Verhornung fest wurde. Protoplasmafasern sind auch an den Zellen der Hornschicht nachweisbar, jedoch an verschiedenen Regionen der Haut in verschiedenem Grade ausgebildet. Die verschiedene Dicke, welche das Str. corneum an verschiedenen Hautstellen besitzt, dürfte mit der verschiedenen Entwicklung der Protoplasmafasern in Zusammenhang stehen. Wo die Hornzellen durch Fasern fest verbunden sind, haften sie fest aneinander, bildet sich eine mächtige Hornschicht aus; wo dies nicht der Fall ist, liegen die Hornzellen nur lose aneinander, erreicht das Str. corneum niemals eine grössere Dicke.



Die von Buzzi behauptete Fettnatur der Eleidintropfen des Stratum lucidum konnte nicht bestätigt werden; die Eleidintropfen sind nichts anderes als die in Auflösung begriffenen Keratohyalinkörner, mit denen sie in ihren wichtigsten Reactionen übereinstimmen. Entsprechend der Bezeichnung Keratohyalin für die Substanz der Körner wird „Keratoeleidin" für die der Tropfen vorgeschlagen. Die Frage nach der Herkunft des Keratohyalins konnte nicht befriedigend gelöst werden. Es stammt aus dem Kern, ist jedoch nicht gewöhnliches, wahrscheinlich auch nicht metamorphosirtes Chromatin, sondern das Umwandlungsproduct eines unfärbbaren, noch nicht näher bekannten Kernbestandtheiles und tritt entweder in dieser Modification in den Zellkörper über, um sich dort erst zu consolidiren, oder verlässt bereits in definitiver Form den Kern.

Das Keratohyalin wandelt sich allmälig in Keratoeleidin um, und dieses scheint sich endlich mit den übrigen Zellsubstanzen der verhornenden Zellen zu vermischen. Die rothe Farbe, welche die Hornzellen bei Behandlung nach der Ranvier'schen Methode annehmen, dürfte auf diesen aus der Umwandlung des Eleidins hervorgegangenen Zellbestandtheil zurückzuführen sein. Da nun an normaler Haut das Strat. granulosum über den Papillen höher, die Menge der Eledintropfen auf dem Strat. lucidum daselbst grösser ist, als in den interpapillären Partien der Epidermis, erscheint an diesen Stellen auch das Str. corneum dunkler roth gefärbt. Mit anderen Worten: Eine Zelle, welche viel Keratohyalinkörner enthält, wird bei ihrer weiteren Veränderung auch auf's dichteste von Keratoeleidintropfen erfüllt sein und nimmt bei fortschreitender Verhornung eine intensive diffuse Rothfärbung (nach d. Ranvier'schen Methode) an. Alfred Kohn (Prag).

Rosenstadt, B. (Wien). Ueber das Epitrichium des Hühnchens. Mit einer Tafel. Archiv für mikroskopische Anatomie und Entwicklungsgeschichte, herausg. von O. Hertwig, la Valette St. George und W. Waldeyer. 49. Band. Bonn 1897.

In einer bestimmten Entwicklungsperiode ist die Epidermis der Wirbelthiere aus zwei Schichten aufgebaut; die äussere derselben hat Welcker namentlich bei Edentaten genauer untersucht und gefunden, dass sie z. B. beim Faulthiere bis zur Geburt eine zusammenhängende Hülle bildet, die nachher abfällt und gab derselben, da sich unter ihr das aufkeimende Haarkleid befindet, die Bezeichnung Epitrichium.

Auch Embryonen des Haushuhnes, welche Rosenstadt untersuchte, weisen in gewissen Stadien eine zweischichtige Epidermis auf. Die äussere Schichte, ebenso auch die zwischen dieser und der inneren Schichte gelagerten polygonalen Zellen sind sehr keratohyalinreich und unterliegen nicht der Verhornung, sondern werden abgestossen. Rosenstadt fasst nun diese keratohyalinführenden Zellagen als dem Epitrichium der Embryonen höherer Vertebraten homolog auf.

Die Bedeutung des Epitrichiums ist folgende: Bei niederen Vertebraten, die zur Gänze oder grossentheils im Wasser leben, wird als einzige Schutzdecke der Haut ein cuticularer Saum angetroffen, der der



äusseren Zellage der Epidermis entstammt. Die Anpassung ans Landleben wird wohl zur Entwicklung einer Reihe von neuen Zellagen geführt haben, die eine Substanz in sich ablagerten, durch welche ihre grössere Widerstandsfähigkeit bedingt wird. Bei den Reptilien findet sich eine Anzahl von Zellschichten, in denen Kernkörner, höchstwahrscheinlich Keratohyalin, abgelagert sind, die aber immer noch mit einer Cuticula nach aussen abschliessen. Bei den Vögeln ist der cuticulare Saum völlig verschwunden; das Epitrichium schliesst nach aussen mit einer platten Zellage ab, die ihm angehört. Auf dem Schnabel und den Krallen kommt es zur Bildung einer grösseren Zahl von mit Keratohyalin vollgepfropften Zellagen; an weniger der Abnützung ausgesetzten Körperstellen besteht das Epitrichium aus einer nur geringen Zahl von Schichten, deren Keratohyalingehalt auch weniger mächtig ist. „Sobald aber die Bedingungen zur Hornbildung gegeben waren, kam es zur Ausstossung des Epitrichiums und zur Bildung einer bleibenden Hornschicht, Verhältnisse, welche sich bei Reptilien bei jeder Häutung zeitlebens wiederholen und welche bei den Vögeln nur auf das embryonale Leben beschränkt bleiben."

„Das Epitrichium ist somit nichts anderes, als ein phylogenetisches Organ, welches eine morphologische Vorstufe des Stratum corneum darstellt, während das Keratohyalin als eine solche der Hornsubstanz anzusehen ist. Wenn aber, wie bei den Säugethieren, jeder Neubildung einer Hornschicht sehr oft ein keratohyalines Stadium vorausgeht, welches nicht abgestossen wird, so ist dasselbe als phylogenetisches Ueberbleibsel aufzufassen, als eine Wiederholung der im Lauf der phylogenetischen Entwicklung bestandenen Verhältnisse." Jedoch ist die Hornbildung vom Keratohyalin vollkommen unabhängig, da ja vielfach beide völlig selbständig auftreten.

Die Untersuchungen des Verfassers setzen bei Embryonen vom siebenten Bruttage ein. Von diesem Stadium an steigert sich das Auftreten des Keratohyalins in den Epitrichialzellen. Namentlich in alten Stadien, solchen vom 15. und 16. Tage zeigen sich derartig starke Anhäufungen desselben, dass die Zellgrenzen kaum wahrnehmbar bleiben und vielfach den ganzen Zellkörper ausfüllende Riesenkörner entstehen. Gleichzeitig bekunden die Zellen das Bestreben, sich zu vergrössern. Der Zellkern unterliegt einschneidenden Veränderungen. Er wird immer kleiner; schliesslich bleibt von ihm nurmehr ein Chromatinklümpchen übrig. Der Kernrest kann auch in mehrere Theile zerfallen.

Auf den 15. und 16. Bruttag fällt der Höhepunkt der Epitrichiumentwicklung; gleichzeitig setzt auch schon die Rückbildung des Keratohyalins ein. Am 18. Tage ist diese recht weit gediehen. Die Körner verschwinden allmälig. Es finden sich in der Zelle kleinere und grössere, fein contourirte Maschen, Bilder, wie sie nach künstlicher Verdauung des Keratohyalins oder in Folge der Behandlung mit Kalilauge entstehen. Nach dem völligen Schwunde des Keratohyalins wird das Epitrichium abgestossen, theilweise noch im Ei, theilweise nach dem Ausschlüpfen.



Setzt man das Epitrichium, nachdem das Str. corneum gebildet ist, der Verdauung aus, so wird es vollständig verdaut, unterliegt also nicht der Verhornung, trotz der grossen Massen von Keratohyalin, die in diesen Zellen sich befinden."

Nun zur Frage nach der Herkunft des Keratohyalins. Der Verfasser ist der Ansicht, dass sowohl der Kern als auch das Protoplasma der Keratohyalin-Degeneration unterliegt. Für die Mitleidenschaft des Kernes spricht unter anderem, dass das Keratohyalin zuerst und vorwiegend an der Kernwandung auftritt, dass sich ferner Körner finden, welche als aus dem Kerne hervortretend gedeutet werden können, dass sich endlich Keratohyalinkörner in der Mitte des Kernes nachweisen lassen. Damit steht wohl auch im Zusammenhange, dass der Kern mit der allmäligen Keratohyalinvermehrung rückgebildet wird. „Der Kern producirt also eine Substanz, welche weder mit dem Chromatin oder Nuclein, noch mit anderen bis jetzt bekannt gewordenen Bestandtheilen des Kernes identisch ist. Es handelt sich hier um ein besonderes Stoffwechselproduct des Kernes, bei dessen successiver Ausscheidung der Kern in demselben Masse seine Lebensfähigkeit einbüsst." In noch grösserem Masse als der Kern betheiligt sich das Protoplasma an der Bildung des massenhaft auftretenden Keratohyalins.

Hugo Rex (Prag).

Zander, K. Beiträge zur Kenntniss der Hautnerven des Kopfes. Anatomische Hefte. I. Abthlg.: Arbeiten aus anatomischen Instituten XXVIII.—XXX. Heft (IX. Band). Mit 60 Figuren auf Tafel I/X. Wiesbaden 1897.

Hatte schon Fr. Frohse durch seine emsigen Untersuchungen in dem bislang scheinbar gesicherten Gebiete der Verästlung der Kopfhautnerven eine bedeutungsvolle Neuordnung angebahnt, so gilt dies in erhöhtem Masse von der vorliegenden werthvollen Abhandlung Zander's.

Frohse wies nach, dass, abgesehen von wenigen Gebieten ein ungeahnter Wechsel statthat, indem ein und dasselbe Territorium bald diesem, bald jenem Nerven zugetheilt ist; dass nicht einmal auf den beiden Seiten desselben Kopfes eine Uebereinstimmung in dieser Richtung herrscht.

Gelang ihm so die Feststellung einer überraschenden Variabilität, so stand er gleichwohl noch unter dem altherkömmlichen Banne, der die einzelnen Territorien durch scharfe Umrisse von einander scheiden lehrte. Damit bricht Zander, nachdem er den Nachweis erbracht hat, dass Grenzgebiete durch zwei oder mehrere Nerven versorgt werden.

Es war die Präparationsmethode, welche neben zahlreichen anderen Funden auch diesen zeitigte.

Während Frohse in die Tiefe präparirte, wählte Zander den entgegengesetzten Weg. Er verfolgte an der abgelösten Maske die Nervenzweige vom Stamme her in die innere Fläche der Haut hinein. Dann wurden aber auch in eingehender Weise die Ergebnisse eigener und fremder Sensibilitätsprüfung an Personen, denen der Quintus zum Theile oder zur Gänze resecirt worden war, erfolgreich zur Bestätigung des ana-



tomischen Fundes herangezogen. Namentlich die Befunde F. Krause's nach Exstirpation des Gasser'schen Knotens erbrachten hochwillkommenen Aufschluss.

Im Folgenden soll einiges Wesentliche hervorgehoben werden.

Mit Frohse kam Zander zunächst zu folgenden Schlüssen. Das Ausbreitungsgebiet der einzelnen sensiblen Kopfnerven, sowohl der Cervicalnervenzweige, als der Verästelungen des Quintus ist erheblich grösser und im allgemeinen weiter peripherwärts ausgedehnt, als man bislang annahm. Es variirt an Grösse in erheblichem Massen sogar auf der rechten und linken Seite des Kopfes bei demselben Individuum. „Die noch immer weit verbreitete Annahme, dass die Nerven zu den constantesten Bestandtheilen des menschlichen Körpers gehören, hat für die sensiblen Kopfnerven jedenfalls nicht weiter Giltigkeit." Eine scharfe Abgrenzung des Astgebietes eines grösseren Hautnerven gestattete selbst die Feinarbeit Zander's nicht. Bei der ausserordentlichen Zartheit der Nerven in der Lederhaut ist dies begreiflich; auch müssen die nicht mehr makroskopisch darstellbaren Verzweigungen unberücksichtigt bleiben und es wird daher das Ausbreitungsgebiet immer zu klein angegeben. Es ist vorläufig die Grösse des Einzelgebietes im Einzelfalle nicht scharf abgrenzbar.

Ueber doppelt und mehrfach innervirte Bezirke der Kopfhaut erfahren wir Folgendes. Gewisse Hautbezirke des Gesichtes erhalten nur von einem Trigeminusaste Zweige, andere dagegen von zwei oder gar von allen drei. Auch die Astfolge der Cervicalnerven tritt mit in den Wettbewerb ein. An allen Präparaten war eine breite streifenförmige Zone, die am Scheitel beginnt, die mittleren Theile der R. parietalis und temporalis einnimmt, vor dem Ohre herabsteigt und durch die Regio buccalis und parotideo-masseterica zum Kieferrand zieht, gleichzeitig vom N. trigeminus und Cervicalnervenzweigen versorgt. Nach Exstirpation des Ganglion Gasseri dürfte daher diese Zone niemals vollkommen anästhetisch werden.

Die Mittellinie des Kopfes wird von den Hautnerven überschritten. Ueber die Breite des medianen, doppelt innervirten Streifens lässt sich zur Zeit keine bestimmte Angabe erbringen.

Sehr genau sind die nun folgenden Angaben über die Versorgung der Lippen und des Mundwinkels.

Die medialsten der dem N. infraorbitalis entstammenden Oberlippenäste wenden sich unter dem Nasenflügel weg, verlaufen durch das Philtrum und können eine erhebliche Strecke über die Mittellinie hinaus verfolgt werden. Ein medianer Bezirk des rothen Saumes der Oberlippe bis zu 2·5 Cm. Breite erhielt an Z.'s Präparaten Zweige vom linken und rechten N. infraorbitalis. Dieser mediane Bezirk ist in Folge der doppelten Innervation ganz besonders reich an Nerven. Aus den lateralen Bündeln der Oberlippennerven lassen sich auch Fädchen zur Unterlippe verfolgen. Aehnlich verhalten sich die Nerven der Unterlippe. Ein me-





dianer Abschnitt des rothen Saumes bis zu 1·5 Cm. Breite wird vom linken und rechten N. mentalis versorgt.

Die Präparation der Lidnerven ergab Folgendes. Das obere Lid wird nicht nur von Fasern des ersten, sondern auch von solchen des zweiten Trigeminusastes versorgt, denn am inneren Lidwinkel treten auch Zweige des N. infraorbitalis, am äusseren Zweige des R. zygomatico-temporalis und auch solche des N. infraorbitalis in das Lid ein. Das untere Lid wird nicht nur vom N. infraorbitalis, sondern auch von Aesten des N. ophthalmicus versorgt.

Zander hat endlich noch darauf hingewiesen, dass Sensibilitätsprüfungen nach partieller oder totaler Resection des Quintus in demselben Hautgebiete eine auffallende Incongruenz der Beeinflussung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit ergaben und gibt hiefür an der Hand seiner Präparate eine genaue Erläuterung.

Hugo Rex (Prag).

Loeb, Leo. On certain Activities of the Epithelial Tissue of the Skin of the Guinea-Pig and Similar Occurrences in Tumors. — Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. — Band IX, Nr. 82, 1898.

Um eine Auswanderung des Epithelgewebes im Meerschweinchen zu verursachen, braucht man nur das Epithel zu verwunden und sieht dann die ganze Epithelmasse in der Umgebung sich bewegen. Die Begrenzungen zwischen den Zellen werden unsichtbar, und man hat eine grosse Protoplasmamasse mit Kernen vor sich. Das Gewebe sowohl wie die Kerne vergrössern sich und letztere neigen sich der Richtung zu, nach welcher die ganze Masse auswandert, was man besonders in pigmentirtem Epithel gut beobachten kann. Die Kerne und das umgebende Protoplasma verlängern sich in der Richtung des wandernden Gewebes, die granulirten und Keratinlagen verschwinden, und man sieht eine homogene Masse, welche die obere Protoplasmalage genannt werden kann, und Kerne enthält, die eine Stäbchenform annehmen. Später sieht man eine Vermehrung der sich theilenden Kerne. In den unteren Lagen des Epithels ist die Form der Theilung eine mitotische, in den oberen Lagen eine amitotische. Unter gewissen Umständen wird die fibrilläre Structur des Epithelgewebes sehr klar. Die oberen Protoplasmalagen bewegen sich am schnellsten, die unteren am langsamsten. In den meisten Fällen dringt das Epithelgewebe in das Blutcoagulum, manchmal auch in das Bindegewebe ein, und konnte Loeb sogar beobachten, dass dasselbe in den Oberknorpel eindrang und ihn auflöste.

Das Wachsthum der Epithelien in Hautcarcinomen zeigt einige Aehnlichkeit mit diesen auswandernden Epithelien und sieht man hier nicht selten Säulen von verlängerten Epithelmassen, die sich gegen das Bindegewebe bewegen. Aehnliche Bilder sieht man bei verschiedenen Hautkrankheiten, wie Psoriasis. Loeb glaubt, dass die Veränderungen in den Epithelmassen bei Hautkrankheiten durch Auswanderung oder die Tendenz zur Auswanderung verursacht werden,. Die Carcinom-



epithelien, welche durch alle Gewebe dringen, bewerkstelligen dies wahrscheinlich durch Auflösung der Gewebe auf chemischem Wege, doch möchte Loeb nicht behaupten, dass nicht auch Druck auf das umgebende Gewebe, sowohl wie andere Ursachen, statthaben können.

Louis Heitzmann (New-York).

Winfield, James M. The Influence of the Nervous System in Skin Diseases. — The Medical News, Band LXXI, Nr. 6, 1897.

Winfield gibt einen Ueberblick verschiedener auf Nerveneinfluss zurückzuführender Hauterkrankungen, ohne etwas Neues zu bringen.

Louis Heitzmann (New-York).

Van Harlingen, Arthur. The Hysterical Neuroses of the Skin. — The American Journal of the Medical Sciences. — Band CXIV, Nr. 1, 1897.

Van Harlingen gibt eine Zusammenstellung der verschiedenen Hauterkrankungen, welche im Verlaufe einer Hysterie auftreten können und beschreibt als solche die folgenden: Erythem, Dermatitis, Urticaria mit Einschluss von Dermographism, Hyperidrosis, Oedem, Urticaria bullosa, Pemphigus, Herpes Zoster, Eczem, Gangraen, Pigmentirung, Vitiligo, Lichen, Chromidrosis, Ecchymosis und Hämatidrosis. Die Literatur dieser Erkrankungen ist eingehend berücksichtigt worden, doch bietet die Arbeit nichts Neues. Louis Heitzmann (New-York).

Frisco, B. Sulle dermatosi nelle autointossicazioni e nelle intossicazioni batteriche sperimentali. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1897. XXXII, pag. 545.

Frisco stellte Versuche über die Wirkung verschiedener, dem Thierkörper einverleibter toxischer Substanzen auf die Haut an, um besonders für die Lehre Tommasoli's von den Intoxicationen und Autointoxicationen bei verschiedenen Hauterkrankungen experimentelle Stützen zu gewinnen. Diese Versuche zerfielen in folgende Reihen: I. Impfungen der Thiere mit Bakteriengiften; *a*) Proteinstoffe virulenter Bakterien: 3 Kaninchen geimpft mit virulenten Typhus-Culturen; nach einigen Monaten fielen den Versuchsthieren die Haare aus und an ihrer Stelle bildeten sich graue sehr festhaftende Krusten, deren bakteriologische Untersuchung die Abwesenheit irgendwelcher Mikroorganismen ergab, auf welche deren Bildung hätte zurückgeführt werden können; die histologische Untersuchung ergab bedeutende Atrophie der Haut, besonders der Epidermis und periphere Neuritis; *b*) Proteine abgeschwächter Bakterien: 2 Kaninchen erhielten intraperitoneal Injectionen abgeschwächter Streptococcencolonien, 2 Kaninchen ebenso Staphylococcus piogenes albus. 20 Tage später zeigten sie allgemeine Alopecie; histologisch schwere Gefässveränderungen, Endoarteriitis der Hautgefässe: *c*) lösliche Bakterientoxine: 3 Kaninchen geimpft mit Diphtherietoxine; es entwickelte sich theilweise Alopecie mit trocknen schuppenden Hautflecken. II. Störung des Stoffwechsels bei Thieren *a*) durch verdorbene Nahrungsmittel (fauligem Mais oder Fleischaufguss) konnte (8 Versuchsthiere) fast allgemeine Alopecie, Bildung von Blasen und eczematösen Krusten hervorgerufen werden; *b*) durch experimentelle



Addison'sche Intoxication durch Exstirpation der Nebennieren (6 Versuchsthiere); es zeigte sich allgemeine und dauernde Alopecie, bei einzelnen eczematöse Krusten, auch wirkliche Ulcerationen von fungösem Aussehen. Aus diesen Versuchen ergeben sich folgende Sätze: Die Bakterientoxine, lösliche sowie unlösliche, welche den Organismus tödten können, sind auch im Stande, gewisse Veränderungen der Haut hervorzurufen. 2. Die Art und Schwere dieser Veränderungen wechselt mit der Qualität und Quantität der verwendeten Bakterientoxine und je länger ein und dasselbe Toxin eingewirkt hat, desto grösser und ausgebreiteter sind auch die durch dasselbe veranlassten Hautveränderungen. 3. Die genannten Veränderungen können aber nicht nur durch die Toxine der Bakterien, welche den Organismus überhaupt zu vernichten im Stande sind, hervorgerufen werden, sondern auch durch die Producte der fauligen Zersetzung im Intestinalcanal, welche entweder durch Einführung verdorbener Nahrungsmittel oder durch Fäulnis der eingeführten Nahrungsmittel bedingt sein kann; ebenso durch toxische Dissimilationsproducte bei allgemeinen Ernährungsstörungen, welche in den Geweben selbst gebildet werden. 4. Diese Veränderungen können einigen der klinisch am Menschen beobachteten und studirten Hauterkrankungen ähneln, u. zw. der umschriebenen oder diffusen Alopecie, der Xerodermie, dem Eczeme, der Psoriasis. 5. Nicht alle Versuchsthiere, welche einer solchen Behandlung unterworfen werden, zeigen derartige Hautveränderungen, indem einige immunisirt werden und gesund bleiben, andere sterben und nur ein Theil mehrere Monate nach der letzten Impfung die genannten Veränderungen darbietet.

Im folgenden Theile der Arbeit werden diese experimentellen Ergebnisse in ihren Beziehungen zu den bereits vorhandenen Ansichten und Lehren über diesen Gegenstand betrachtet, der physiologische Vorgang unter Beachtung der Gefäss- und Nervenveränderungen dabei besprochen und schliesslich folgende Sätze aufgestellt: 1. Es besteht thatsächlich ein pathogenetischer Zusammenhang zwischen einigen Dermatosen und Giften, welche physiologischer oder pathologischer Weise sich im Organismus bilden. 2. Dieser Zusammenhang findet sich nicht nur bei den Giften, welche sich im Gastro-Intestinalcanale bilden können, sondern auch bei jenen, welche sich im Innern der Gewebe bilden, sowie bei gewissen Bakteriengiften. 3. Nicht alle Individuen, selbst derselben Art, reagiren in gleicher Weise auf die langsame fractionirte Wirkung dieser Gifte. 4. Die Toxidermien müssen nach den anatomischen Veränderungen in der Haut und im centralen und peripheren Nervensysteme entweder als ein Ausdruck allgemeiner Ernährungsstörung oder aber auch nur als eine locale trophische Störung der Haut selbst aufgefasst werden.

Theodor Spietschka (Prag).

Colombini, P. Prime richerche sulla tossicità urinaria in alcune dermatosi. — Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle. XXXII, 1897, II pag. 230, III. pag. 314.

Colombini untersuchte die Giftwirkung des Harnes bei einigen Dermatosen. Der Harn von 24 Stunden wurde aseptisch gesammelt, gemischt, filtrirt auf 37—38° C. erwärmt, und einem Kaninchen langsam in die Vena marginalis an der Hinterfläche des Ohres mittels eines feinen Troicars eingespritzt, bis das Thier der Giftwirkung des Harnes erlag. Die Harnmenge, welche erforderlich ist, 1 Kilogramm Kaninchen zu tödten, gibt die Urotoxität an. Jene Zahl, welche angibt, wie viel Urotoxität in 24 Stunden von 1 Kilogramm des Patienten abgesondert wird, ist der urotoxische Coefficient. Bei 15 Versuchen mit gesunden Menschen fand C. die Urotoxität gleich 65·54 und den urotoxischen Coefficienten gleich 0·376 im Durchschnitte. Die gleichen Untersuchungen wurden in 48 Experimenten an 4 Patienten mit ausgebreiteten nässendem Eczem, an 2 Fällen mit chronischem papulo-squamösen Eczeme und an 1 Falle von Ichthyosis diffusa ausgeführt. Bei den Fällen von Eczema ac. rubrum madidans betrug die Urotoxität im Durchschnitte 136·78; nach Abheilung des Eczemes wurde bei 3 Patienten die Giftigkeit des Harnes normal, bei einem jedoch verringerte sie sich noch stärker. Bei den Fällen von Eczema und Ichthyosis zeigte der Harn eine ausserordentliche Steigerung der Giftigkeit, Urotoxität im Durchschnitte 27·55. Aus diesen Untersuchungen zieht C. folgende Schlüsse: 1. Die Giftigkeit des Harnes von Individuen, welche an Eczema rubrum madidans diffusum leiden, ist bedeutend geringer (um mehr als die Hälfte) als die des Urines normaler Personen. 2. Diese Verminderung der Giftigkeit ist constant. 3. Der Harn von Personen, welche mit Eczema acutum madidans behaftet sind, ruft bei Thieren allgemeine Depressionserscheinungen hervor, als Somnolenz, Coma, leichte Convulsionen, Paralyse der Extremitäten, Myosis, Abgang von Harn, deutliches Sinken der Temperatur. 4. Wenn auch diese Hypotoxität des Harnes in manchen Fällen auch nach dem Verschwinden des Eczemes und nach der Rückkehr des Patienten in normale Verhältnisse noch weiter bestehen kann (was davon abhängen kann, dass die im Körper erzeugten Gifte einen anderen Ausscheidungsweg als den der Nieren genommen haben, oder auch von anderen Ursachen), so kehrt doch im Allgemeinen auch die Giftigkeit des Harnes nach der Heilung des Eczemes wieder in die normalen Grenzen zurück. 5. Die Verminderung der Ausscheidung der vom Körper erzeugten giftigen Substanzen durch die Nieren können wir wohl dem Umstande zuschreiben, dass sich die Ausscheidung derselben hauptsächlich auf dem Wege der entzündeten und secernirenden Haut vollzieht. 6. Dieser Umstand gibt uns auch die Erklärung für die traurigen Erfolge, welche wir manchesmal bei der brüsken Unterdrückung eines ausgebreiteten acuten Eczemes wahrnehmen. 7. Es ist wahrscheinlich (und neue Versuche werden die Sache besser aufklären), dass das Eczem selbst nichts anderes ist als nur die Folge der Ausscheidung der Gifte des Körpers, welche sich in diesen speciellen Fällen in allzugrossem Masse auf dem Wege der Haut vollzieht. 8. Bei jenen Krankheiten, welche zur Zurückhaltung einer Reihe von Stoffen Veranlassung geben, welche



normaler Weise von der Haut ausgeschieden werden sollen (wie z. B. beim Eczema papulo-squamosum diffusum oder allgemeiner Ichthyosis), ist die Giftigkeit des Harnes in bedeutender Weise vermehrt. 9. Der Harn von mit solchen Krankheitsformen der Haut behafteten Personen erzeugt bei den Versuchsthieren localisirte oder allgemeine Spasmen, ausgedehnte und heftige Convulsionen, Exophthalmus, Myosis; die Herabsetzung der Temperatur ist weniger deutlich. 10. Sobald die Functionen der Haut wieder hergestellt sind, kehrt auch die Giftigkeit des Harnes wieder in die normalen Grenzen zurück. 11. Diese Thatsache beweist die grosse Bedeutung, welche die Haut als Ausscheidungsorgan der vom Körper erzeugten giftigen Substanzen besitzt, und zeigt uns, wie grosse Sorgfalt wir auf die Erhaltung der normalen Hautfunctionen legen sollen.

Theodor Spietschka (Prag).

Jamieson, Allan. A non irritating excipient for ophthalmic vintments. The Brit. Journ. of Derm. p. 194, 1896.

Jamieson empfiehlt als Basis für Augensalben nach dem Unnaschen Schema der Kühlsalben folgende Fettcomposition:

Rp. Lanolin (Liebreich) 3 i i γ
Olei tmygdalae
Aquae destill. āā 3 ss M.

Zur Vermeidung der Conciditát ist ein geringer Zusatz von Borsäure (2 Gran auf 1/2 Unze) nothwendig. Ledermann.

Schanz, Fritz. Unsere gelbe Salbe. Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1898, Heft 1

Ueber Aufforderung von Schanz versuchte der Apotheker Dr. Schweissinger in Dresden die Herstellung einer gelben Quecksilberoxydsalbe, bei der dies Präparat noch viel feiner vertheilt ist, als in der bisher gebräuchlichen. Schweissinger beschreibt sein Verfahren in der „Pharmaceutischen Centralhalle" 1897, Nr. 50 folgendermassen:

„Bei den Versuchen, eine bessere Vorschrift für die Salben mit Hydrargyrum oxydatum v. h. par. zu finden, überzeugte ich mich zunächst, dass das trockene, käufliche oder selbst hergestellte Präparat auch bei langem, feinem Zerreiben eine tadellose Salbe nicht gibt; es blieben stets unzerriebene Klümpchen in der Salbe, wie man das beim Ausstreichen auf einer Glasplatte meist schon mit blossem Auge, besonders aber mit der Lupe sofort sehen kann. Die von mir in anderen Fällen zur Bereitung herangezogene Salbenmühle lieferte ebenfalls kein befriedigendes Präparat, abgesehen davon, dass dieselbe, wenn die Reibeplatten aus Stahl bestehen, nicht zur Verwendung kommen kann.

Ich versuchte daher die Verwendung eines frisch gefällten Hydrargyr. oxydatum via humida paratum in feuchtem Zustande und zwar mit bestem Erfolge. Man berechnet die für die anzufertigende Salbe nöthige Menge gelben Quecksilberoxyds auf Quecksilberchlorid, löst dasselbe in Wasser, fällt mit der äquivalenten Menge Natriumhydroxyd, wäscht sorgfältig aus, bringt auf ein Filter und saugt mit der Luftpumpe ab, bis das Quecksilberoxyd fast trocken ist. Nun wird dasselbe in eine Por-



zellanschale gebracht und noch feucht mit der Fettsubstanz höchst fein verrieben. Die Feuchtigkeit lässt sich auf ein sehr geringes Mass erniedrigen, das Gewicht derselben wird natürlich von der Fettsubstanz abgezogen, so dass es leicht gelingt, Salben mit genauem Quecksilberoxydgehalt herzustellen."

Die Verschreibungsweise von Schanz ist folgende:

Rp. Hydrarg. oxyd. flav. via hum.
recenter par. 0·1—0·2
Adeps lanae
Aqu. destill. āā 1·0
Vasel. amer. alb. pur. ad 10·1
M. D. in olla nigra.

Die so hergestellte Salbe schmiegt sich sehr gut dem Auge an, wird nicht ranzig und enthält das Medicament in der denkbar feinsten Vertheilung. Herrnheiser (Prag).

Wirz. Praktische Mittheilungen über Thiol. Deutsche med. Woch. 1897. Therap. Beilage VI, p. 43.

Bei schweren Karbunkeln sah Wirz von dem Thiol nach Auspressen des Eiters rund herum auf die infiltrirten Stellen aufgetragen eine starke Beeinträchtigung der Entzündung. Die Schmerzhaftigkeit hörte ganz auf. Dies geschah bei allen entzündlichen Processen, bei welchen er nach Herauslassen des Eiters das Mittel in der Umgebung dick auftrug. Eine weitere Ausbreitung auf entferntere Partien wurde verhindert. Lymphangitiden bis zur Schwere der Phlegmone, verursacht durch Panaritien, Insectenstiche, Ursachen aller Art, bildeten sich in wenigen Tagen zurück. In einem Falle von allgemeiner Furunculose bei einem Kinde liess er jeden Furunkel mit dem Mittel bestreichen und erlebte bald vollständige Genesung. Max Joseph (Berlin).

Klotz, H. G. Ueber starke Lösungen der Ichthyolgruppe bei acuten und chronischen Hautentzündungen. Journal of cutaneous and Genito-urinary Diseases. Octob. 1897.

Dr. Klotz will sehr befriedigende Resultate von der Anwendung des Ichthyol, dessen Geruch er nicht so unangenehm als Crocker findet, gesehen haben; nicht so befriedigende von dem geruchlosen Thyol und Tumenol, welches wegen seiner Unlöslichkeit in Wasser weniger verwendbar ist. Die Wirkung dieser Mittel beruht auf der von Unna schon ausführlich beschriebenen oxydirenden und somit gleichzeitig reducirenden Kraft, welche eine raschere Verhornung und Gefässcontraction bedingt. Abel und Fessler haben auf die antiparasitäre Wirkung des Ichthyol hingewiesen. Einen besonderen noch unerwähnten Vorzug schreibt Autor den Mitteln deshalb zu, weil selbe dünn aufgetragen rasch zu einem sich nicht zusammenziehenden Häutchen erstarren, wodurch eine angenehme Kühlung und Ersparniss eines besonderen Verbandes bewerkstelligt wird und nachdem dasselbe durch Wasser leicht entfernt werden kann, der Application von Collodium und Traumaticin vorzuziehen wäre. Bei höheren Temperaturen geht diese Vertrocknung wohl nicht so rasch vor sich; doch das ist auch der Fall mit den Gela-



tins-Plasments. Ein indifferentes Streupulver oder eine dünne Wattelage kann dann aushelfen. Die Unna'sche Arbeit über Ichthyol gebührend beachtend, will Autor keine ausgesprochene Intoleranz gegen diese Mittel beobachtet haben; warnt jedoch vor Fälschungen derselben, denen Misserfolge zuzuschreiben wären. Autor wünscht, dass der Arzt die Application selber mache und je nach dem Bedarfe schwächere oder stärkere Lösungen anwende. Die stärkeren Lösungen sollen natürlich für tiefere Wirkung berechnet sein. Eine 50% Lösung genügt in allen Fällen. Autor bestätigt die gute Wirkung dieser Mittel bei Erysipelas; des Besonderen bei der Dermatitis Venenata. Das toxische Agens der Rhusarten, ein nicht volatiles Oel, soll durch die Application fixirt und neutralisirt werden. Ferner hatte Autor gute Erfolge bei der Dermatitis combustionis et congelationis milderen Grades; bei Dermatitis traumatica in Folge von Kratzeffecten; bei Herpes Zoster gesehen. Bei dem acuten Eczem bewährten sich die Mittel ausgezeichnet, selbst bei der nässenden Form. Bei den chron. Hautentzündungen, wie Eczem, Lichen complex chronicus, Psoriasis empfiehlt Autor erst eine schwache Kalilösung, dann in entsprechenden Intervallen die starken Ichthyollösungen, welche Therapie von ausgezeichnetem Erfolge begleitet ist. A. B. Berk (New-York).

Geschlechts-Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Gonorrhoe und deren Complicationen.

Reyvier: Traitement de la métrite du col d'origine blennorrhagique. (La médecine moderne 1898 Nr. 17.)

Reyvier hat bei Cervixgonorrhoe der Nulliparn, die sehr hartnäckig ist und schwer therapeutisch beeinflusst wird, die besten Erfolge von Argentum nitricum gesehen; nebenher gibt er heisse Scheidenirrigationen, Glycerin- oder Ichthyoltampons, um die Entzündung zu mildern.

Albert Fricke (Lübeck).

Rochon. Traitement de la uréthrite blenorrhag. chronique par les instillations d'acide picrique. (La méd. mod. 1898 Nr. 2.)

Rochon bespricht in Kurzem die Anatomie und Histologie der blennorrhag. Processe.

Für die Therapie beansprucht er die genaue Kenntniss 1. des Sitzes der Krankheit, 2. der Beschaffenheit der Schleimhaut, 3. das Verhalten der Gonococce.

In chron. Fällen von Gonorrh. post. (-Gc) mit Secret (Ek + Ep) wendet Verf eine gesättigte wässrige Lösung von Pikrinsäure an. (1 : 200 — 100.)

Bei Gonorrh. post. acuta beginnt R. mit Instillat. von Argent. nitric., geht aber nach 2 oder 3 Einträufelungen zur Pikrinsäure über.

Bei subacuten Fällen wechselt er zwischen beiden Medicamenten ab.

Die Vortheile der Behandlung sind: 1. vollständige Schmerzlosigkeit, 2. schnelle Heilung. Letztere ist nach 8 Instillationen (Maximum) eingetreten. Die unangenehme Verfärbung der Wäsche und Hände kann durch Zusatz von 0.25 Agr. Natr. biborac. auf 100 sehr abgeschwächt werden.

Gustav Falk (Breslau).

Schäffer. Beitrag zur Frage der Gonococcentoxine. (Fortschritte der Med. Nr. 21, 1897.)



Schäffer benutzte Gonococcenculturen die bei 36—37° gezüchtet waren und zwar auf Ascites-Bouillon oder Milz-Bouillon 1:2. Die Mikroorganismen wachsen rasch und sterben bald ab. Filtrirte Culturen wurden Meerschweinchen und Kaninchen injicirt, die mit Fieber reagirten, doch trat die gleiche Erscheinung nach Injection einfacher Narbenböden bei den Controlthieren auch ein. Nach Injection der unfiltrirten Culturen trat auch Fieber ein. Versuche am Menschen ergaben rasch auftretende eitrige Secretion nach Einspritzung des Filtrates, die ebenso rasch wieder verschwand. Es könnten demnach Stoffwechselproducte des Gonococcus eitrige Urethritis hervorrufen. Wolters (Bonn).

Schmidt, Ernst. Ueber Pyonephrose nach Gonorrhoe. Inaug.-Diss. München 1897.

Einen seltenen Fall von gonorrhoischer Complication veröffentlicht Schmidt aus der Münchener chirurgischen Klinik. Der Patient erkrankte 3 Wochen nach dem Beginne einer acuten Gonorrhoe an heftigen Schmerzen und Schwellung in beiden Kniegelenken, die unter Salicyl und Salol sich prompt besserten. Bald darauf Schmerzen in der Milzgegend unter Fiebererscheinungen. Es wird ein Tumor in der Milzgegend diagnosticirt, der Eiter bei der Probepunction entleert. Die Operation ergab eine grosse, exquisit fluctuirende Geschwulst an Stelle der Niere constatirt. Nephrotomie, mit Entleerung von 2 Liter grünlichen Eiters.

Noch nach $^1/_2$ Jahre war eine eitriges Secret secernirende Fistel vorhanden, die wohl die Nierenexstirpation nothwendig machen wird.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Schneider, Joseph. Ueber die Wandlungen in der Therapie der Gonorrhoe der männlichen Harnröhre seit der Entdeckung des Gonococcus. Inaug.-Diss. Berlin 1897.

Schneider bespricht in historischer Uebersicht die Abortiv-, Injections-, Irrigations-, Salben- und interne Behandlung der Gonorrhoe, welche beweisen, dass wir trotz der zahlreichen Versuche eine schnellwirkende und rationelle Therapie einzuführen, dennoch weit von diesem Ziele entfernt sind, ein Ziel, das zu erreichen von unschätzbarem Werthe wäre, nachdem die neueren Untersuchungen von Finger, Wertheim, von Leyden, Noeggerath gezeigt haben, dass die Gonorrhoe keine so harmlose Erkrankung ist, wie man früher annahm.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Tondeur, Alexander. Calcium permanganicum als Desinficiens bei Gonorrhoe. Inaug.-Diss. Strassburg 1896.

Nach den klinischen und bakteriologischen Untersuchungen Tondeur's erwies sich das Calcium permanganicum als ein schlechtes Mittel gegen Gonorrhoe, weshalb es nicht zu empfehlen ist.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Lademann, Werner. Gonorrhoe und gerichtliche Medicin. Inaug.-Diss. Berlin 1897.

Lademann gibt zunächst eine Uebersicht über die Natur und biologischen Eigenschaften des Gonococcus Neisser, den er als den



eigentlichen Erreger der Gonorrhoe anerkennt. Er bespricht alsdann die verschiedenen Möglichkeiten, in denen der Gerichtsarzt Veranlassung haben kann, das Vorhandensein einer Gonorrhoe festzustellen und welche Vorsicht er gebrauchen muss, um nicht getäuscht zu werden (z. B. bei der Untersuchung von Prostituirten). Besonders wichtig ist die Gonococcen-Untersuchung zur Unterscheidung der Gonorrhoe von harmlosen, nicht infectiösen Secretionen, wie sie durch chemische und mechanische Reize (Radfahren, Masturbation) hervorgerufen werden.

Schwierig ist auch der Gonococcen-Nachweis bei chronischer Gonorrhoe in den Filamenten. Hier muss häufig noch eine leicht irritirende Injection zur Untersuchung helfen.

Weiter bespricht L. die Gonococcen-Infection auf anderen Schleimhäuten als denen des Urogenital-Systems, wie sie in Folge von geschlechtlichen Perversitäten vorkommen und häufig bei der Feststellung des Schuldigen nützlich sind.

Es folgt dann eine kurze Besprechung der Schädigungen, die durch die gonorrhoische Infection hervorgerufen werden können, besonders beim weiblichen Geschlechte.

Ein besonderes Capitel ist der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen gewidmet, die zwar häufig auf anderen Ursachen, aber auch oft genug auf gonorrh. Infection beruht. Auch auf die endemische Verbreitung und deren Ursachen, die häufig in indirecter Uebertragung besteht, kommt L. zu sprechen. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Laitinen, Taav. Beiträge zur Kenntniss der Biologie des Gonococcus. Centralblatt für Bacteriologie XXIII, p. 875.

Laitinen empfiehlt auf Grund seiner mehrjährigen Untersuchungen zur Züchtung des Gonococcus Ascites und Cystenflüssigkeit mit Bouillon und Agar vermischt. Titrirversuche in Bezug auf Alkali und Säurebildung ergab, dass an dem ersten Tage Säurebildung auftrat, später die Culturen mehr und mehr alkalisch wurden, bis sie ausstarben und ein Abnehmen der Alkalimenge begann. Sterilisirte Gonococcenculturen wirkten in geringem Grade toxisch, locale und allgemeine Reaction. Das Toxin scheint mehr mit dem Bacterienleib verbunden zu sein. Wolters (Bonn).

Lustgarten, E. (Isidore). Les manifestations nerveuses de la blennorrhagie. Thèse de la Faculté de Paris 1897, p. 98. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1898, Nr. 61.)

Lustgarten spricht über die nervösen Erkrankungen der Gonorrhoiker. Er trennt 4 Erscheinungsformen der cerebralen Erkrankung. Tobsucht, einfache Verrücktheit, meningitische Form und apoplektische Form, die Prognose stellt er in den ersten beiden Fällen günstig, in den beiden letzteren sehr ernst. Auch bei der Meningomyelitis ist die Prognose nicht gut. Die peripheren Neuritiden sind der Therapie sehr zugänglich (Immobilisation und galvanischer Strom). Neurasthenie und Neuralgie sind nicht selten, von den Sinnesorganen ist besonders das Auge oft betroffen. Die Hauterscheinungen, welche als Angioneurosen und als trophische durch die Gonococcen-Toxine erzeugte



Störungen aufgefasst werden, bestehen in Erythem, Purpura oder Cornu cutaneum. Paul Witte (Breslau).

Martin, André. Traitement de l'orchite blennorrhagique. Sociéte de Thérapeutique. La Médecine Moderne 1898. 12 Mars, Nr. 21.

Martin gibt 4—6 Gr. Natr. salicyl. täglich und macht Einwickelungen mit Watte und einem besonderen Suspensorium.

Victor Klingmüller (Breslau).

Mihájlowitz, N. Zur Heilung der gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. (12. intern. med. Congress Moskau. Centralblatt für Gynäkologie 1897, Nr. 38.)

Mihájlowitz lässt die Bandl'sche Sonde aus Kautschuk anfertigen, da er zur Behandlung Argent. nitric. gebraucht. Die Biegung der Sonde bestimmt er nach vorhergehender Feststellung der Lage des Uterus. Er stellt die Portio in einem runden Spiegel ein und giesst die Argent. nitric.-Lösung in den Spiegel. Bei Endometritis wird der Uterus ausgespült, anderenfalls der Cervicalcanal; dann Auswaschen der Vagina mit einem Wattetampon. Stärke der Lösung: 1 : 3000 bis 1 : 1000.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Mühsam, R. Beiträge zur Kenntniss der gonorrhoischen Gelenkentzündungen. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chirurg. 1897, p. 689.

Im städtischen Krankenhause Moabit in Berlin beobachtete Mühsam 41 Fälle von gonorrhoischer Gelenksentzündung, davon betrafen 24 Männer, 17 Frauen. Bei 39 Patienten konnte auch das Vorhandensein von Gonorrhoe nachgewiesen werden. Die Diagnose wurde zumeist nach klinischen Anhaltspunkten gestellt und vielfach aus der Thatsache des gleichzeitigen Bestehens einer Urethritis gonorrhoica. Der Verfasser theilt einen klinisch sehr interessanten Fall mit, wo eine Patientin vor 2 Jahren von dem Manne gonorrhoisch inficirt wurde und mit Ausfluss und Brennen beim Uriniren erkrankte. 8 Tage nach der Infection heftige Entzündung des rechten Kniegelenks, die ohne Erfolg fast 2 Jahre mit allen möglichen Mitteln behandelt wurde. Es kam schliesslich zur Resection der erkrankten Kniegelenke und die pathologische Untersuchung ergab Tuberculose. Verf. glaubt, dass zwei Möglichkeiten vorliegen, entweder die acute gonorrhoische Gelenkerkrankung hat eine latente Tuberculose zum Aufflackern gebracht, oder in dem durch die gonorrhoische Entzündung alterirten Gelenk fand Tuberculose bei der sonst gesunden Frau den Locus minoris resistentiae. Für die eine wie für die andere Annahme müssen wir den positiven Nachweis der Gonococcen im Secret oder in der Schleimhaut fordern. Dem Verf. gelang es nur in 4 Fällen die Gonococcen nachzuweisen und zwar durch das Culturverfahren. Für die Behandlung empfiehlt M. die bekannten Methoden, von den internis in erster Linie Jodkalium. Er glaubt, dass auch die Bier'sche Methode der Abschnürung von Erfolg sein müsse, ohne selbst Erfahrungen über dieselbe gesammelt zu haben. Joh. Fabry (Dortmund).



Naunyn-Ehret: Ueber Neuritis gonorrhoica. (Zeitschrift für praktische Aerzte 1898, Nr. 11.)

Bei einer Patientin, welche sich einige Wochen vorher eine Gonorrhoe zugezogen hatte, trat eine Monarthritis im linken Ellbogen und linken Kniegelenk auf. Fast gleichzeitig entwickelte sich ein sehr schmerzhaftes, neuralgisches Leiden der rechten unter. Extremität. Die Art und Heftigkeit der Schmerzen, die Hyperästhesie für Berührung sichern die Diagnose neuritis. Dabei bildete sich eine erhebliche Atrophie aus (Umfangsunterschiede von $2\frac{1}{2}$—3 Cm.) mit Steigerung der Reflexe auf der erkrankten Seite.

Einen ähnlichen Fall beobachtete Naunyn früher: Bei einem jungen Mann nach einer Gonorrhoe Auftreten einer Arthritis, dann Endocarditis, r. Bubo, Auftreten von neuralgischen Schmerzen zuerst im rechten, dann im linken Bein, Ausgang in Atrophie bei gesteigerten Sehnenreflexen. Diese Zustände sind nach Verf. Ansicht der Ausdruck von metastatischer Erkrankung bei einer schweren Allgemeininfection. Prognose bei echt spinalem Symptomencomplex ernst, günstiger bei der der gonorrh. Neuritis. Therapie: Natrium salicyl. 3—4 Gr. Kälte in Form von Leiter'schen Röhren. Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Nicolaysen, Lyder. Zur Pathogenität und Giftigkeit des Gonococcus. (Centralblatt für Bacteriologie Bd. XXII, p. 305.)

Nicolaysen impft zuerst nach der Heller'schen Methode in das Auge, ohne Erfolg; dann wurde nach Finger in die Gelenke der Versuchsthiere Gonococcenaufschwemmung injicirt, später in das Peritoneum, dabei zeigte es sich, dass lebende wie abgestorbene Culturen Eiterung der Gelenke erzeugen, intraperitoneal injicirt in 24 Stunden das Versuchsthier tödten, ohne auffallende Erscheinungen am Peritoneum zu machen. Sowohl aus den Gelenken wie aus dem geringen Exsudat gelang leicht der Gonococcennachweis, auch in letzterem Falle aus dem Blute. Ueberleben die injicirten Thiere die ersten 36 Stunden, so gehen sie auch später nicht mehr an der Impfung zu Grunde. Weitere Versuche mit Aufschwemmung von getrocknetem zerriebenen Gonococcenmaterial, das in Ascites-Bouillon (1 : 2) gezüchtet war, ergab gleiche Resultate. Filtrirte Culturen waren wirkungslos. Extraction des Virus gelang nicht, es ist an den Leib des Mikroorganismus gebunden. Trocknen, Erhitzen bis 120° zerstört das Virus nicht. Die pathogene Wirkung des Gonococcus beruht demnach nicht auf der Vermehrung des Mikroorganismus, sondern auf der in seinem Körper vorhandenen Gifte. Wolters (Bonn).

Noguès. Traitement de l'urétrite à gonocoques par le protargol. (La médecine moderne 1898, Nr. 56.)

Noguès behandelte 15 Fälle von Gonorrhoe nach den von Neisser angegebenen Grundsätzen (Spritze von 10—15 Ccm. Inhalt, prolongirte Injectionen, steigende Concentration etc.) und ist mit den Resultaten sehr zufrieden, indem er 14 Heilungen erzielte; auch er hebt, wie Neisser, die Reizlosigkeit des Mittels hervor. Albert Fricke (Lübeck).



Pitruzzella, Domenico. Gli unguenti medicati nella cura dell' uretrite blenorragica. Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXII, 1897. Fak. 4, p. 442.

Pitruzzella berichtet über die Resultate, welche ihm die Salbenbehandlung der Urethritis ergab. Er benützte dazu die von Tommasoli angegebene Spritze und eine Salbenmasse aus Lanolin mit einer entsprechenden Menge Oel. Die zugesetzten Heilmittel waren: Ichthyol, Bleiacetat, Zinksulfat, Silbernitrat, theils allein, theils in verschiedener Weise combinirt. Die meisten der von ihm in dieser Weise behandelten 60 Fälle betrafen chronische Urethritiden, nur zwei waren acut. Bei 42 Fällen wurde Heilung erzielt, bei 9 Besserung, 9 blieben ungeheilt; darunter befanden sich vor allem die beiden acuten Fälle, ferner zwei Fälle mit Neurasthenie; ein Fall verliess vorzeitig die Behandlung; es bleiben also 4 Fälle chronischer Urethritis mit vollständiger Erfolglosigkeit der Behandlung. Wegen dieser günstigen Erfolge, der Leichtigkeit der Ausführung und Ungefährlichkeit kann Verfasser diese Methode nur auf das Beste empfehlen. Spietschka (Prag).

Augagneur, Victor. Pathologie de la rétention d'urine surveant au cours de la blennorrhagie. (La province médicale 1898. Nr. 7 und 8, 12. resp. 19. Feber.)

Augagneur bespricht an der Hand von 3 Fällen, deren genaue Krankengeschichten er am Schlusse seiner Abhandlung mittheilt, die Pathogenese der wahren gonorrhoischen Urinverhaltungen, die er streng scheidet von Dysurien, die durch Läsionen des Urintractus (Strictur, entzündlicher Spasmus bei Prostatitis oder Cystitis) bedingt sind.

Die Aetiologie der wahren Urinretention bei Gonorrhoe sei nicht klar. Thompson beschuldigt Prostataschwellung, Mauriac reflectorische Contractur, ausgelöst durch den Entzündungsschmerz, Guyon schiebt sie der Entzündung selbst zu, noch andere Forscher wieder beschuldigen eine entzündliche Reizung des Rückenmarkes, nach Analogie einer Arthritis, Tendovaginitis etc. durch den Gonococcus selbst hervorgerufen.

Augagneur, der wahre gonorrhoische Urinverhaltungen als seltene Affection ansieht — er beobachtete unter 6000 Patienten in 4 Jahren nur drei Fälle — kommt auf Grund der klinischen Eigenthümlichkeiten zu der Annahme, dass es sich um ein rein nervöses Leiden, um eine nervöse Blasenlähmung, handelt. Die Verhaltung ist eine complete, totale, tritt plötzlich ohne nachweisbare Ursache, speciell ohne congestiven Afflux auf; sie ist schmerzlos, verursacht dem Patienten nicht die geringsten Beschwerden, während bei entzündlichen Retentionen das Gegentheil der Fall ist. Endlich ist der Katheterismus auffallend leicht auszuführen. Man stösst auf kein Hinderniss, auch fühlt man deutlich, dass kein Krampf des compressor urethrae vorliegt; der Urin fliesst erst ab, wenn der Katheter sich in der Blase befindet, während bei Retention durch Spasmus der Pars membranacea der Urin abfliesst, sobald der Katheter sich hinter dem compressor befindet. Der Harn strömt ohne Strahl, direct nach unten aus der Kathetermündung ab, ein Zeichen dafür,



dass jeglicher Druck von Seiten der Blase fehlt, trotzdem oberhalb der Symphyse die Blase als Tumor deutlich sicht- und fühlbar ist; um die Blase vollkommen zu entleeren, muss man einen äusseren Druck auf die Blasengegend ausüben, die Blasenmusculatur ermangelt jeglicher Contractilidät. Alle diese klinischen Eigenthümlichkeiten finden sich in den mitgetheilten Krankengeschichten wieder, und auf Grund dieser Symptome fasst Augagneur die wahre Retention als eine rein nervöse, zur Hysterie gehörende Affection auf, zumal seine 3 Patienten reizbarer Natur waren, zur Hypochondrie neigten und ihr ganzes Denken einzig und allein auf ihr gonorrhoisches Leiden richteten. Die Retention entstehe hier gleichsam in Folge einer Autosuggestion; die ewige Furcht, es könnte eine Harnerhaltung eintreten, bedingt plötzlich eine schlafte Lähmung der Blasenmusculatur, ähnlich wie nach einem Trauma eines Organes sich häufig eine Neurose desselben Organes ausbildet. Dass Augagneur diese wahre Urinretention niemals bei Frauen beobachtet hat, hat nach ihm seinen Grund nicht etwa darin, dass sie beim weiblichen Geschlechte nicht vorkomme, sie bliebe hier nur unerkannt, falle in das Gebiet der hysterischen Erscheinungen, ohne mit Gonorrhoe in Zusammenhang gebracht zu werden, genau wie noch bis vor einigen Jahren der gonorrhoische Rheumatismus bei der Frau als grosse Seltenheit galt.

Die Diagnose ist nach den oben geschilderten Symptomen leicht zu stellen, die Prognose ist eine gutartige, nach einigen Tagen schwindet die Retention. Die Behandlung besteht in Katheterismus, der sehr leicht auszuführen ist. Albert Fricke (Lübeck).

Baer, Th. Weiterer Beitrag zur Lehre von der weiblichen Rectalgonorrhoe. Dtsch. Med. Woch. 51 und 52. 1897.

Baer erweitert seine früheren Erfahrungen auf diesem Gebiete und vergleicht sie mit den neueren Beobachtungen Jullien's. Die Rectalgonorrhoe ist eine häufige Erkrankung und verläuft in vielen Fällen symptomlos. Nach der Statistik Baer's wies jede fünfte venerische Patientin eine Rectalgonorrhoe auf und unter den gonorrhoisch erkrankten hatte jede dritte eine gonorrhoische Erkrankung des Rectums. Als ätiologisches Moment kommt neben dem widernatürlichen Coïtus noch das mechanische Moment, das Ueberfliessen von infectiösem Secrete nach dem Rectum zu und als seltenstes Moment wohl das Durchbrechen von gonorrhoisch erkrankten Organen, besonders der Bartholini'schen Drüsen, nach dem Rectum in Betracht. Am häufigsten ergab eine Statistik Baer's, dass eine combinirte Erkrankung sämmtlicher drei Ostien (Urethra, Cervix, Rectum) vorkomme. Die Rectalgonorrhoe verläuft fast immer ohne subjective Beschwerden. Der objective Befund besteht in Röthung der Schleimhaut, vielleicht einigen Erosionen und einem mehr oder minder reichlichen, zähen, gonococcenhaltigen Secret. Als postgonorrhoischen Process fasst er das Ulcus recti auf, da es ihm nicht gelang, im Gewebe desselben Gonococcen nachzuweisen. Daher glaubt Baer, es handle sich hier um eine nicht allzu seltene Complication der Rectalgonorrhoe. Als eine bisher noch nicht beschriebene Complication der



Rectalgonorrhoe konnte Baer eine Mastdarmfistel beobachten. Ausserdem wurden noch 6 Fälle in der Abtheilung Herxheimer's beobachtet, bei welchen im Verlaufe der Rectalgonorrhoe sich ein paraanales Infiltrat bildete. Die Rectalstrictur betrachtet er als ein seltenes Vorkommniss, da er unter 770 verschiedenen Altersclassen angehörigen Patientinen (darunter 163 an Rectalgonorrhoe erkrankten) nur einen Fall constatiren konnte. Max Joseph (Berlin).

Behrend. Ueber die Gonorrhoebehandlung der Prostituirten. Vortrag der Berl. klin. Gesellschaft. Therapeut. Monatshefte, Feber 1898.

In Fällen von acuter Gonorrhoe, bei welcher immer zunächst eine Vulvitis und erst secundär eine Vaginitis entsteht, verwendet Verf. zur Behandlung der Vulvitis mit Alaunlösung getränkte Wattebäuschchen, welche in die Rima gelegt werden, gegen die Vaginitis Alaunausspülungen und Jodoformeinpuderungen, durch welch letztere in der Scheide bestehende Erosionszustände leicht verschwinden, und gegen die Erkrankung der Portio vaginalis Eingiessungen von 10% Chlorzinklösung.

Die acute Urethritis bedarf nach Ansicht des V. überhaupt keiner besonderen Behandlung.

Die chronische Gonorrhoe erklärt V. als unheilbar insoferne, als es wohl gelingt, die Gonococcen zu beseitigen, nicht aber den eiterigen Ausfluss, und schlägt vor „nur die klinischen Erscheinungen zum Ausgangspunkt der Behandlung zu machen und eine Gonococcen-Untersuchung nur gelegentlich anzustellen".

Stellt man sich betreffs der chronischen Gonorrhoe auf den Standpunkt des V., so wäre eine zwangsweise Internirung von Prostituirten, welche an chronischer Gonorrhoe leiden, völlig ungerechtfertigt, indem jene Internirung zunächst dem Heilzwecke dienen soll. Ausserdem hätte man niemals einen Anhaltspunkt zur Entlassung der eingelieferten Prostituirten, da nach V. Erklärung der chronische, eiterige Ausfluss nicht beseitigt werden kann, der negative Gonococcenbefund aber für die Beendigung der Behandlung nicht ausschlaggebend ist. Angesichts dieser Momente ist es wahrscheinlich, dass nur sehr wenige des V. Meinung theilen werden; der Gonococcennachweis stellt das Hauptkriterium für die Contagiosität der Gonorrhoe dar, so dass die Entlassung von gonorrhoischen Prostituirten aus der Behandlung nur dann erfolgen darf, wenn das Urethral- bezw. Vaginal- und Rectalsecret nach mehrmaligen, durch behandlungsfreie Intervalle zeitlich getrennten Untersuchungen gonococcenfrei ist. Loetsch (Frankfurt a. M.).

Bodenstein, O. Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalgonorrhoe. Deutsche Med. Woch. 42, 1897.

Bodenstein stopft, um bei der Frau eine der instrumentellen Dilatation der Harnröhre beim Manne gleiche Wirkung auszuüben, Wattebäuschchen, welche mit 10%igem Ichthyolglycerin getränkt sind, im Speculum fest in das hintere und vordere Scheidengewölbe ein.

Max Joseph (Berlin).

Brewer, G. E. Ueber einen Fall von tödtlicher, gonorrhoischer Infection. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Juni 1897.

Der 52jährige Junggeselle acquirirte während seines Aufenthaltes am Continente im September 1896 eine Gonorrhoe. Brewer fand am 6. October 1896 das Fortbestehen einer subacuten Urethritis anterior und posterior, schmerzhafte Empfindlichkeit der beiden Samenblasen und der Prostata. Blase, Hoden und Nieren erwiesen sich intact. Der Zustand besserte sich nach zehntägiger Behandlung mit Irrigationen, Sondeneinführung, Silbernitrat-Instillationen und vorsichtiger Massage der Prostata und Samenblasen und der Pat. reiste nach Hause. Nach 10 Tagen jedoch stellten sich sehr schmerzhafte Blasenstörungen, Fieber, Rectalschmerz und Harnverhaltung wieder ein, weshalb Pat. wieder nach New-York kam und bei der Untersuchung eine stark vergrösserte, empfindliche, heiss sich anfühlende Prostata präsentirte. Nachdem die Grösse und Spannung der Prostata auf locale Applicationen hin sich nur steigerte, wurde unter Beachtung antiseptischer Cautelen und unter Aether in der Lithotomie Position schichtenweise vom Perineum aus eingedrungen, die Prostata incidirt und etwa 2 Theelöffel rahmigen Eiters abgezapft. In Folge der Operation war sofortige Erleichterung eingetreten; der Allgemeinzustand und Harnbeschwerden besserten sich, die Wunde heilte und war nach 3 Wochen geschlossen. Nach dem ersten Aufsitzen am 10. November trat plötzlich eine Schwellung des linken Beines, entsprechend der Femoralvene in Begleitung von Fieber auf. Diese Thrombose verschwand jedoch nach kurzer Zeit in der Ruhelage. Am 27. November erkrankte Pat. wieder plötzlich, nach einer grösseren Mahlzeit an diesem Festtage, mit hohem Fieber und Lungenerscheinungen. Die Untersuchung ergab eine beschränkte Induration im unteren Flügel der linken Lunge. Es gesellte sich hiezu Schwellung des rechten Beines nach 3 Tagen. Der Pat. starb am 19. December unter pyämischen Erscheinungen. Die Autopsie ergab zahlreiche kleine Abscesse in den Lungen, ausgesprochen in beiden Nieren, rothe Thromben in beiden Femoralvenen. Grosse Mengen von Staphylococcen, Streptococcen und Bacillen liessen sich mikroskopisch in denselben nachweisen.

Verfasser glaubt, dass in diesem Falle noch vor der Entzündung eine rechtsseitige gonorrhoische Vesiculitis bestand, welche durch pyogene Mikroorganismen inficirt zur Thrombenbildung beider Venae illiacae und späteren Metastasenbildung Veranlassung gab. A. B. Berk (New-York).

Bruck. Zur Frage der Prostituirten-Gonorrhoe. Allg. Med. Ctrl.-Ztg. 16, 1898.

Bruck wendet sich gegen den in einem Vortrage Behrend's enthaltenen Satz, die mikroskopische Untersuchung der Prostituirten sei entbehrlich, ja unzweckmässig, weil es in zahlreichen Fällen klinisch festgestellter Gonorrhoe nicht möglich sei, Gonococcen nachzuweisen, und man solche Kranke nicht im Krankenhause festhalten dürfe, sofern man den bakteriologischen Befund als massgebend hinstelle. B. weist dem gegen-





über darauf hin, dass wenn auch gelegentlich trotz Bestehens klinischer Erscheinungen der Gonorrhoe keine Gonococcen nachgewiesen werden könnten, trotzdem das Mikroskop die diagnostische Handhabe bildet, welche in erster Reihe steht, dies beweisen am besten jene Fälle, bei denen beim Mangel jeglicher klinischen Erscheinung Gonococcen in dem spärlichen Genitalsecret bes. des Cervix gefunden werden.

Stein (Görlitz).

Coche, M. De la rétention d'urine par paralysie de la vessie au cours de l'uréthrite blennorrhagique. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Die Diagnose derartiger seltener Urinretentionen stützt sich hauptsächlich auf den Charakter des Katheterismus. Der Katheter dringt, ohne auf ein Hinderniss zu stossen, in die Blase und der Urin entleert sich hierauf langsam und tropfenweise. Die localen Symptome unterscheiden sich in nichts von denen bei Retentionen anderer Art. Das Bedürfniss Urin zu lassen und wirkliche Schmerzen fehlen häufig trotz sehr erheblicher Blasenausdehnung. Derartige Retentionen können ohne besondere Ursache vorübergehend verschwinden und wieder erscheinen, und sind nach Coche durch einen traumatischen Choc, hervorgerufen durch den Zustand der Urethra, zu erklären. Es handelt sich um einen ähnlichen Zustand wie bei der traumatischen Hysterie.

Walther Scholtz (Breslau).

Colombini, P. Della diffusibilità del processo blenorragico dall' uretra anteriore alla posteriore e di una nuova canula per le injezioni uretrali totali. Il Morgagni IL, p. 1, Nr. 7, Juli 1897, pag. 449.

Colombini stellte an mehr als 300 Fällen von Urethritis durch genaue Untersuchungen fest, dass die Urethritis posterior ein viel häufigeres Vorkommnis sei, als man allgemein glaubt; die Urethritis posterios ist nicht eine besondere, nur in einer mehr weniger beschränkten Anzahl von Fällen auftretende Complication der Urethritis anterior, sondern sie bildet einen regelmässigen und wesentlichen Theil im Ablaufe des gonorrhoischen Processes. Auch ist es nicht richtig, dass sich der gonorrhoische Process erst auf der Acne seiner Entwickelung, also in der 3. oder 4. Woche nach der Infection über die Pars posterior ausbreitet, sondern in der grösseren Zahl der Fälle geschieht dies schon in der 1. oder 2. Woche und zwar, ohne dass besondere äussere oder innere Schädlichkeiten, wie z. B. Anstrengungen, Diätfehler u. dgl. diese Ausbreitung veranlassen würden. Für die Häufigkeit des Vorkommens der Miterkrankung der Pars posterior urethrae an dem gonorrhoischen Processe findet C. folgende, allerdings sehr hohe Zahlen: in der 1. Woche nach der Infection in 39·7 Procent, in der 2. Woche in 65 Proc., in der 3. Woche in 62·15 Proc., in der 4. Woche in 84·5 Procent der Fälle. Für alle untersuchten Fälle zusammengenommen erhält er eine noch bedeutend höhere Zahl, nämlich 92·8 Procent.



Entsprechend diesem regelmässigen Vorkommen der Urethritis posterior, welche in vielen Fällen latent verlaufen und nur durch eine genaue Untersuchung sicher diagnosticirt werden kann, muss auch die Behandlung der Urethritis geändert werden, insoferne als eine Behandlung auch der Pars membranacea und prostatica der Harnröhre zur Regel werden muss. Nach einer kurzen Betrachtung über die Zweckdienlichkeit verschiedener gebräuchlicher Behandlungsmethoden und Instrumente empfiehlt C. eine Art von ihm selbst construirter Spritze, mittels welcher ohne tiefe Einführung eines Instrumentes auch die Ausspülung der Pars posterior gelingen soll. Dieses Instrument besteht aus einem birnenförmigen, ungefähr 200 Ccm. fassenden Glasballon, dessen eines Ende zur Einführung in das Orificium urethrae externum und zur Herstellung eines guten Verschlusses mit demselben adaptirt ist; am anderen Ende des birnenförmigen Gefässes befindet sich ein kurzer Ansatz zur Befestigung eines abnehmbaren Kautschukballones. Durch Zusammendrücken dieses Ballons kann die Flüssigkeit mit mehr weniger starkem Drucke aus dem Glasgefässe in die Harnröhre gespritzt und selbst bis in die Harnblase gebracht werden. Die Brauchbarkeit und Zweckdienlichkeit dieses Instrumentes leuchtet nach der gegebenen Beschreibung nicht ohne weiteres ein, und müsste erst durch die Praxis festgestellt werden.

Theodor Spietschka (Prag).

Desnos. Emploi du Protargol dans les inflammations des voies urinaires. Soc. méd. chirurg. de Paris, Séance de 11./VII. 1898. La france méd. Nr. 31, 1898.

Desnos empfiehlt Protargol nicht bloss bei gonorrhoischen Processen der Harnröhre, sondern auch bei Cystitiden. Er rühmt vor Allem die geringe Reaction gegenüber dem meist sehr schmerzhaften Arg. nitr. Besonders gute Resultate erhielt D. vor allem von 5% Protargol-Instillationen bei chronischen Gonorrhoen.

Nicht minder gut waren seine Erfahrungen bei Anwendung von Protargol bei calculösen und blenorrhoischen Cystitiden.

In der Discussion bespricht Tripet die Reactionslosigkeit des Mittels im Vergleich zu Arg. nitr. bei Blasenspülungen. 1/00 Arg. nitr. war bedeutend schmerzhafter als 2/00 Protargol.

Gustav Falk (Breslau).

Fié, A. Etude sur une complication rare de curettage de l'uterus. Thése Paris. (Ref. nach Baumgartens Jahresbericht 1895.)

Fié hat 2 Tage nach der Curettage eines gonorrhoisch erkrankten Uterus eine gonorrhoische Arthritis eintreten und dieselbe nach der Operation der Cervicalulcerationen recidiviren sehen; er warnt also mit Recht vor allen zu brüsken Operationen und Eingriffen bei Gonorrhoe auch des Uterus. (Ist es doch bei Gonorrhoebehandlung überhaupt Grundsatz, das erste acute Stadium der Entzündung erst vorüber gehen zu lassen, ehe energischere Eingriffe erfolgen sollen. Ref.)

Johann Fabry (Dortmund).



Fuchs, Alexander. Gonorrhoe und Wochenbett. Inaug.-Diss. Strassburg 1897.

Unter allen acut infectiösen Krankheiten kommt für die Complication des Puerperium der Gonorrhoe die erste und wichtigste Stelle zu, da gerade sie an sich primär die Genitalien befällt.

Die Gonorrhoe befällt vom inneren Muttermund aufwärts alle mit Epithel bekleideten Hohlräume der weiblichen Genitalien und verursacht in ihnen fieberhafte Entzündung. In ihren Symptomen verläuft sie stets milder als die gleichartigen septischen Erkrankungen, neigt zu schneller Besserung und erreichte den höchsten Grad ihrer Acuität als Peritonitis circumscripta. Darum ist auch allen anderartigen Krankheitsbildern die Bezeichnung als Gonorrhoe in puerperio abzusprechen, auch wenn Gonococcen in den Lochien sich finden und das Neugeborene eine Opthalmoblennorrhoe davon trägt. Solche Fälle sind entweder septische Secundärinfection oder Symbiosen.

Zur Bekräftigung dieser Anschauung publicirt Fuchs aus der Strassburger Universitäts-Frauenklinik und aus der eigenen Praxis eine Reihe von Fällen, welche den Einfluss der Gonorrhoe auf das Wochenbett illustriren.

Im Anschlusse daran erörterte er noch die Frage, weshalb die meisten Frauen die Gonorrhoe leicht überstehen, andere wieder vom Moment der Infection ab Zeitlebens leidend sind und von recidivirender Pelveoperitonitis befallen werden, steril sind oder krankhafte Wochenbetten durchmachen. Nach Ansicht seines Lehrers Freund, der er sich anschliesst, handelte es sich bei den letzteren meist um Frauen mit infantilem Habitus, deren besondere Eigenthümlichkeit, die besonders zu schweren gonorrhoischen Erkrankungen disponirt, darin besteht, dass ihre Tuben anstatt gerade gewunden verlaufen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Gerson. Doppelglas zur Ausführung der Zweigläsermethode. Therapeutische Monatshefte, Band 6.

Für die von Thompson in die urologische Praxis eingeführte Zweigläsermethode construirte Verf. ein Doppelglas, dessen hauptsächlichsten Vortheile in folgendem bestehen sollen:

1. Bequemere Handhabung für Arzt und Patienten.
2. Deutlicherer Vergleich der Urinportionen.
3. Unmöglichkeit ihrer Verwechslung derselben, oder mit denen anderer Patienten.

Aber abgesehen davon, dass es sehr ungeschickten Patienten den Versuch erleichtert, hat es wohl keine besonderen Vorzüge und wird wohl kaum die bisher üblichen Gefässe verdrängen. Der vom Erfinder hervorgehobene Vorzug der genaueren Vergleichung von Trübungen, eventuell feinerer Farbenunterschiede kann ebenso gut in 2 gleichkalibrigen gewöhnlichen Uringläsern vorgenommen werden. Schliesslich sind im Krankenhausbetrieb, wo notorisch viel Bruch vorkommt, die zweizelligen



Gefässe unrentabel, da sie kostspieliger und weniger bequem zu reinigen sind, als die gewöhnlichen sonst üblichen Uringläser.

Hildebrand (Frankfurt a. M.).

Gläser, J. A. Noch einmal der „Rheumatismus gonorrhoicus“. Allg. Med. Ctrl.-Ztg., 33, 34, 35, 1898.

Gläser beharrt auf seinem schon früher vertretenen Standpunkt, dass es einen Rheumatismus gonnorrh. nicht gebe. Die Symptomatologie desselben unterscheide sich in nichts von der des Rheumat. vulgaris, daher mussten die Anhänger der genannten Rheumatismusform jeden bei einem Gonorrhoiker vorkommenden Rheumatismus für gonorrhoisch erklären. Es läge viel näher zu erklären, der Tripper sei nicht geeignet, Rheumatismus zu erzeugen, da derselbe doch in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle ohne diese Complication verlaufe.

Hönig, Lenhartz, Finger, Rindfleisch und besonders Nasse werden in der Arbeit mehr persönlich angegriffen, als wissenschaftlich widerlegt, das vorhandene Material zu Gunsten des gonorrh. Rheumatismus und Endocarditis leichthin abgethan.

Den Schluss der Arbeit bilden eine Reihe von Fällen, welche auf der Station des Verf. behandelt, schwere periarticuläre Processse, Vereiterungen, monoarticuläre Processe, Schleimbeutelentzündungen boten, also alles Symptome, welche für den Rheumatismus gon. in Anspruch genommen werden. Bei keinem dieser Fälle habe Gonorrhoe bestanden.

Stein (Görlitz).

Gonget, A. Phlébite blennorrhagique. Presse med. 7. Dec. Ref. nach Baumgartens Jahresbericht 1895.

Gonget bespricht, ohne sich auf bakteriologische Untersuchungen stützen zu können, die Phlebitis gonorrhoica. Es kann nach dem heutigen Stande der Frage der Gonorrhoecomplicationen keinem Zweifel unterliegen, dass theoretisch auch eine derartige Verschleppung des Gonorrhoevirus möglich ist. Aber solche Mittheilungen dürfen, sollen sie wirklich wissenschaftlichen Werth haben, keineswegs auch den bakteriologischen Nachweis vermissen lassen. Dass diese Erörterung hohes Interesse hat, ist zweifellos.

Joh. Fabry (Dortmund).

Krefft, Paul. Die Therapie der Blennorrhoea neonatorum in neuester Zeit, insbesondere die Quecksilberoxycyanidbehandlung. Inaug.-Diss. München 1896.

Aus der Münchener Augenpoliklinik veröffentlicht Krefft eine Statistik von 80 Fällen mit Blennorrhoea neonatorum, die mit täglichen Spülungen von Quecksilberoxycyanid in der Concentration von 1 : 500 behandelt worden waren. Mit Rücksicht darauf, dass die Behandlung aller Fälle eine ambulante war, ist das Resultat derselben ein gutes zu nennen

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Arnand. Contribution à l'étude des uréthrites dues aux rétrécissements de l'urèthre. Th. d. Paris 1898 ref. Gaz. hebd. Nr. 63/98.



Arnand bespricht die Therapie der Urethritiden, die im Anschluss an Stricturen auftreten und meist nur durch locale Behandlung der Letzteren zu beseitigen sind. Gustav Falk (Breslau).

Bernay. Rétrécissement large de l'urèthre. Gazette hebdomad. de méd. et de chir. 1897. Nr. 10, S. 117. Société nationale de méd. de Lyon. 11./I. 1897.

Bernay stellt einen Mann mit einer weiten Strictur vor. Bei demselben musste wegen Cystitis die Sectio alta ausgeführt und seit 1890 die Fistel durch eine Sonde offen gehalten werden, da sonst die Schmerzen unerträglich sind. Gangolphe betont die Seltenheit der Indication für die Sectio alta und erklärt, dass die Nothwendigkeit, den Stichcanal wegen der Schmerzen offen zu halten, wirklich vorgelegen habe. Blasensteine fehlten vollkommen. Bruno Löwenheim (Liegnitz).

Howland, F. G. (Washington). Ueber die elektrolytische Behandlung der Harnröhrenstrictur. Journal of cutaneous and Genito-urinary Diseases. September 1897.

Howland beschreibt die gegenwärtig bekannten Methoden Newman's (New-York) und Fort's (Paris) und deren hiezu verwendeten Instrumente. Verfasser ist der Ansicht, dass die elektrolytische Heilmethode bei den weichen Stricturformen günstige Erfolge liefert, dagegen bei manchen resilienten Arten nicht ausreichend sich erweist.

A. B. Berk (New-York).

Jusseaume, M. Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire double dans le traitement de rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation. Thèse d. Par. Nr. 507. Gazette hebdom. de méd. etc. Nr. 67, 1897.

Jusseaume empfiehlt zur Behandlung von durch Dilatation nicht zu überwindenden Stricturen die Anwendung einer zweifachen linearen Elektrolyse an Stelle der Urethrotomia interna.

Die Resultate sollen sehr gute sein. Gustav Falk (Breslau).

Lang, Eduard. Strictura urethrae — Elektrolyse. Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalt. IV. Jahrgang 1895.

Lang berichtet über einen 45 Jahre alten Patienten, der im Gefolge einer vor 5 Jahren acquirirten Gonorrhoe eine Strictur bekam, die bei der Aufnahme für eine Bougie Charrière Nr. 6 eben noch durchgängig war. Behandlung bestand in Elektrolyse; es wurde nach vorheriger Cocainisirung der Urethra über einer Leitbougie die Stricturelektrode eingeführt, letztere mit dem negativen, der Schenkel mit dem positiven Pole in Verbindung gebracht, nach Stromesschluss der Strom 6 Minuten lang von 1 Milliampère beginnend auf 6 M.-A. allmälig steigend zur Einwirkung gebracht. Nach dieser Zeit Hinderniss mit einem Ruck überwunden und sofort Sondirung mit einem Metallkatheter Nr. 19 möglich. Seit jenem Momente Urinentleerung vollkommen normal.

Albert Fricke (Lübeck).

Manganotti, Orsino. L'Elettrolisi lineare di J. A. Fort. in rapporto ai diversi metodi di cura dei restringimenti



uretrali permeabili. Giornale ital. delle malattie veneree e della pelle XXXII. Anno 1897, fak. I, pag. 36.

Manganotti begründet auf eine Reihe von klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen seine Ansicht, dass es sich bei der linearen Elektrolyse zur Behandlung der Urethralstricturen nach J. A. Fort um eine Cauterisation des Narbengewebes handelt, welche durch die in Folge der elektrolytischen Wirkung des Stromes am negativen Pole sich entwickelnden freien Alkalien — Kali und Natron im Status nascendi — hervorgebracht wird. An der vom Elektrolysator getroffenen Stelle zeigt sich nämlich ein Schorf, welcher dem nach einer Kalicausticum-Aetzung entstandenen vollständig gleicht; die am Instrumente hängenbleibenden Schollen erweisen sich als Gewebsreste vermischt mit freiem Kali und Natron, welche chemisch leicht nachgewiesen werden können; ebenso kann nachgewiesen werden, dass sich diese beiden Körper vornehmlich aus ihren Cloriden bilden. — Die elektrolytische Behandlung der Urethralstricturen hat nur einen beschränkten Werth: bei Stricturen mit weitem Caliber ist sie überflüssig, da sich diese rasch durch Behandlung mit Sonden steigenden Calibers beheben lassen. Bei langen, engen gekrümmten und fibrösen Stricturen führt sie meistens nicht zum Ziele, und man muss zur Urethrotomia interna greifen. Somit eignet sie sich nur für die engen, aber weichen und zarten Stricturen, wo sie ausgezeichnete Resultate ergibt; sie führt jedoch zu keiner definitiven Heilung, wenn nicht eine Nachbehandlung mittels Sonden durchgeführt wird; diese letztere ist zur Erzielung einer dauernden Heilung unbedingt nothwendig. Spietschka (Prag).

Newman, R. Resultate der elektrolytischen Behandlung der Harnröhrenstricturen im Vergleich mit anderen Methoden. New-Yorker medic. Monatsschrift. IX., 8., 9. August und September 1897.

Newman beschreibt wiederum ausführlich „seine" Methode der Elektrolyse der Harnröhrenstricturen vermittelst schwacher galvanischer Ströme, ohne seinen früheren Veröffentlichungen über den Gegenstand wesentlich Neues hinzuzufügen, oder seine genauere Darstellung der sich vollziehenden Gewebsveränderungen zu geben. Besonders hervorgehoben werden der Unterschied und die Vorzüge vor der neuerdings mehr empfohlenen Fort'schen Methode der Elektrolyse mit stärkeren Strömen. N.'s an einem Falle ausführlich dargestellte Methode schliesst jedenfalls eine in ihrer Art ausgezeichnete Weise langsamer Dilatation ein; wieviel von der günstigen Wirkung auf Rechnung dieser und wieviel auf die Wirkung der Elektricität selbst zu schreiben ist, scheint zweifelhaft.

H. G. Klotz (New-York).

Stockmann, F. Zur Technik der Harnröhreninjectionen. Allg. med. Central-Zeitung 1897, Nr. 101.

Stockmann empfiehlt zur leichteren Zurückhaltung der gegen Gonorrhoe in die Urethra eingespritzten Lösungen in derselben die Anlegung einer von ihm construirten, bequem zu handhabenden Klemme



sei es in Höhe des Sulcus coronarius, der Eichelmitte oder -Spitze. So kann man, ohne die Finger zu ermüden, die Antigonorrhoica unbegrenzt in der Harnröhre belassen und wird dadurch die Gonococcen viel schneller abtödten, als bisher möglich war. Erhältlich für M. 0·75 bei Heedts Wien, Königsberg i. Pr., Steindamm. Rudolf Krösing (Stettin).

Stoney, Ralph. A new syringe for troublesome cases of gonorrhoea. The Lancet. 17. Oct. 1896.

Stoney empfiehlt zur Behandlung der Gonorrhoe eine Ballonspritze, deren Reservoir 2 Unzen fasst, und deren Ansatzrohr 5 Zoll lang ist und die Stärke eines Katheters Nr. 9 hat. Das Rohr hat unten eine Oeffnung von $^1/_8$ Zoll und ist an der Aussenfläche cannelirt, damit die Injectionsflüssigkeit daran zurücklaufen kann. Die Vortheile dieser Spritze sollen sein: Ihre Länge, die erlaubt, sie über den Sitz der Krankheit hinauszuführen, so dass dann die Urethra von hinten nach vorn ausgewaschen werden kann; ferner wirkt hier die Gewalt nicht von vorn nach hinten, und es findet keine Compression der Drüsen statt, wie es bei der gewöhnlichen Glasspritze geschieht; weiter besteht nicht die Gefahr, den Eiter tiefer in die Urethra zu schieben und dann dort zu lassen, wie es bei anderen Spritzen geschieht, die mit undurchbohrtem Bulbus geliefert werden; endlich lassen die Hohlrinnen des Rohres die Flüssigkeit wieder frei austreten, und das Reservoir ist gross genug, um ein kräftiges Ausspülen zu ermöglichen. Alfred Sternthal (Braunschweig).

Warden, A. A. Notes on the routine examination of the normal and the strictured urethra, with details of the treatment of „dilatable“ stricture: based on the practice of Prof. Guyons clinique, Necker Hospital, Paris. The Glasgow medical Journal, Sept. 1897.

Warden beabsichtigt, in kurzen Aufsätzen einen zusammenfassenden Bericht über seine Beobachtungen und Erfahrungen in der Guyon'schen Klinik zu geben, und bringt als ersten Abschnitt die Untersuchungsmethode der Urethra in Fällen von Strictur und die Dilatationsbehandlung. Erst nach erschöpfender Diagnose darf die instrumentelle Behandlung anfangen. Die Diagnose zerfällt in das Ergebniss der instrumentellen Untersuchung (mittels bougie à boule) und das der Anamnese (frühere Gonorrhoe, Trauma der Urethra, Blutung nach dem Coitus). Spasmus der Urethra prosterior, welcher eine Strictur vortäuschen kann, wird durch Einführen eines dicken Metallinstrumentes, das bis vor den Sphincter geführt und dort ohne Druck festgehalten wird, überwunden; nach kurzer Zeit des Wartens schlüpft der Schnabel in die Blase, wenn es sich um einen Sphincterkrampf handelte. Schwer ist die Unterscheidung, wenn ausser dem Spasmus Stricturen bestehen. Mit der bougie à boule muss dann das Festgehaltenwerden und eine gewisse Rauhigkeit beim Passiren der Strictur gefühlt werden. Falsche Wege liegen meistens an der Unterseite der Urethra. Sie zu vermeiden, muss daher das Instrument an der oberen Wand entlang geführt werden. Es empfiehlt sich, weiche Gummiinstrumente mit gekrümmtem oder ge-

knicktem Mandrin anzuwenden. Bei der graduellen Dilatation der Stricturen soll das Princip **nie** eine **mechanische** Dehnung sein; das eingeführte Instrument soll vielmehr durch vermehrte Blut- und Säftezufuhr eine Erweichung der Strictur herbeiführen. Brüskes Vorgehen ist daher verpönt, die Steigerung im Caliber der Instrumente ist eine sehr langsame, um $^1/_3$ Mm., wenn möglich (bei Beniqué-Sonden) nur um $^1/_6$ Mm., die Anwendungszeit nur 1—2 Minuten, die Zahl der an einem Tage gebrauchten Instrumente nie mehr als 2—3 und stets mit Pausen von 48—64 Stunden. Die verwendeten Instrumente sind conische Sonden mit Olive oder Metallsonden mit Beniquékrümmung, die mit anschraubbarem Filiformconductor versehen sind. Bei ganz engen Stricturen ist im Beginn oft viel Geduld erforderlich; zuweilen gelingt es erst nach mehr als einer Woche, bei täglichen Versuchen, ein Filiform hindurchzubringen. Besonders empfohlen wird das 24—48stündige Liegenlassen des endlich durchgegangenen Filiform-Bougies, auf welches oft eine ganz erstaunliche Erweiterung der Strictur folgt.

Felix Pinkus (Berlin).

Venerische Helkosen.

Eckert, Hans: Beitrag zur Therapie des Bubo inguinalis. Inaug.-Diss. Berlin 1897.

Mit Rücksicht auf die neuerdings angegebenen Behandlungsmethoden des Bubo inguinalis nach Welander und Lang hat Eckert eine Statistik ausgearbeitet, über die in der chirurgischen Abtheilung der Charité in den Jahren 1885—1895 behandelten Fälle von Bubo inguinalis. Im Ganzen wurden in dieser Zeit 614 Fälle von Bubo inguinalis aufgenommen. Etwa 245 waren rechtsseitig, 268 linksseitig, so dass ein Unterschied zu Gunsten einer Seite kaum zu bemerken ist. In 101 Fällen war der Bubo doppelseitig. 478 Männer, 127 Weiber und 9 Kinder waren betroffen. Bei 210 Patienten konnte über die Entstehungsursache nichts Bestimmtes in Erfahrung gebracht werden. Bei den übrigen 404 lag die Ursache 228mal oder in 37% sämmtlicher 614 Fälle an venerischen Erkrankungen. Den bei weitem grössten Procentsatz hat hier das Ulcus molle aufzuweisen. In nächster Linie kommen für die Aetiologie des Bubo in Betracht Eiterungen im Lymphgefässgebiet der Inguinaldrüsen. Unter den 614 Fällen wurden 65 oder 10·5% darauf zurückgeführt.

Mehrfach wurden mechanische Insulte beschuldigt, den Bubo veranlasst zu haben, im Ganzen in 76 Fällen oder bei 10·9%.

4 Personen schieben ihr Leiden einer vorangegangenen Erkältung zu. Bei 6 Personen fanden sich multiple auf tuberculöser Basis beruhende Drüsenschwellungen. Bei 2 Fällen wird das Ueberstehen eines Typhus als ätiologisches Moment angegeben.

Was die Therapie betrifft, so ist vorauszuschicken, dass das Material der Charité und im besonderen der chirurgischen Abtheilung ein



besonders schweres genannt werden muss, da der Patient erst dann die Klinik aufsucht, wenn die Grösse und Schmerzhaftigkeit des Bubo es ihm unmöglich machen seiner Beschäftigung weiter nachzugehen.

Alle Fälle, bei denen beginnende eitrige Einschmelzung nicht nachgewiesen werden konnte, wurden conservativ behandelt (absolute Bettruhe, Eis, Bleiwasser oder warme Leinsamencompressen, Schrotbeutel, Bleiplatten oder einfacher Compressionsverband). Auf diese Weise brachte man 49 Fälle oder 8·1% der Gesammtzahl zur Heilung. Unter diesen 49 Fällen waren Gonorrhoe und Fluor 12mal, Ulcus molle 3mal, Eczem und Eiterungen im Lymphgefässgebiet 10mal, mechanische Insulte 9mal die Ursache des Bubo. 4mal blieb die Ursache unbekannt.

Bei den 565 operirten Fällen genügte nur in etwa 60 Fällen eine einfache Incision, in etwa 50 Fällen musste ausserdem noch die Excochleation vorgenommen werden. In allen übrigen Fällen musste die Exstirpation vorgenommen werden, in 50 Fällen beiderseits.

An Störungen bei der Operation sind zu erwähnen Gefässverletzungen. 19mal musste die Vena saphena unterbunden werden, ohne dass hierbei irgend welche Störungen bemerkt worden wären. 5mal ist die Vena femoralis verletzt worden, ebenfalls ohne Schaden für den Patienten. Verschiedene Todesfälle durch Thrombosen, schon bestehende Sepsis, Erysipelas müssen noch erwähnt werden.

Als Gesammtresultat findet E., dass von 565 operirten Fällen 110 oder 19·4% ganz oder fast ganz per primam intentionem heilten in weniger als 3 Wochen. Sonst schwankte die Heilungsdauer zwischen 4 und 9 Wochen, im Durchschnitt betrug sie etwas mehr als 40 Tage, ein Resultat, das mit dem von Spietschka und Ullmann gefundenen übereinstimmt. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Syphilis. Allgemeiner Theil.

Munblit, Ch. Ueber die Contagiösität der Syphilis und ihre Dauer. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Munblit bespricht zunächst die Trennung der Frage nach der Infectiosität und der Contagiosität der Syphilis. Was speciell die Contagiosität betrifft, so sind die Früherscheinungen zweifellos contagiös, nur ist zur Infection eine excoriirte Stelle, sei es auf der Haut oder Schleimhaut, nöthig, um dem syph. Virus das Eindringen in die Lymph- und Blutbahn, in die Gewebe der verschiedenen Organe, wo es den günstigen Boden zu seiner Entwicklung findet, zu ermöglichen.

Die Infection tritt um so leichter ein, je frischer die Syphilis ist; die frische Syphilis ist besonders contagiös.

Nicht weniger gefährlich sind die Recidive; doch kann man auch hier im Allgemeinen sagen, dass die Syphilis mit der Zeit in ihren Erscheinungen und in ihrer Contagiosität abnimmt.



Für die Contagiosität der Syphilis während der Latenz sprechen auch die nicht seltenen Fälle der Ansteckung durch Empfängniss.

Schwieriger stellt sich die Beantwortung der Frage nach der Contagiosität der Spätsyphilis.

Hier spielt nach dem Autor eine wichtige Rolle für die Contagiosität die Localisation der Krankeitsherde. Es mögen manche dieser Eruptionen wohl den Keim der Contagiosität in sich tragen. Es kommt jedoch nicht zu der Gelegenheit ihn zu entfalten.

M. glaubt nicht, dass die Contagiosität der Spätsyphilis ausgeschlossen werden darf, dass es im Allgemeinen willkürlich wäre anzunehmen, dass alle anderen Kriterien von Anfang der syphilitischen Infection bis zu deren Ende homogener Natur seien — und nur die Contagiosität erlösche. M. glaubt vielmehr, dass die Contagiosität der Syphilis so lange dauern muss wie die Syphilis selbst.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

van Niessen. Ein neuer Beitrag zur Syphilisätiologie. Centralblatt für Bakteriologie XXIII, Nr. 2.

van Niessen bringt schon wieder einen neuen Beitrag zur Aetiologie der Syphilis. „Der Erreger ist nun eine pleomorphe Bacillenart, die den höher organisirten Fadenpilzen verwandtschaftlich nahe steht, die sich im Blute im Urin vorfindet, leicht züchten lässt und nach Jahren noch im Blute gefunden, ein sicheres Kriterium abgibt. Die Syphilis ist in allen Stadien vererbungsfähig und übertragbar, und mit den bisherigen Mitteln absolut unheilbar."

Ebenso wenig wie in seinen früheren Arbeiten bringt der Verfasser auch heute exacte Beweise von der Richtigkeit seiner Behauptungen, noch auch überzeugt er den Leser, dass seine Versuchsergebnisse wörtlich die richtige Deutung erfahren. Wer die beigefügten Abbildungen und ihre Erklärung ansieht, den wird es schon nicht gelüsten, sich durch den Wirrwarr des Textes durchzuarbeiten. Es gilt dasselbe von der neuen Mittheilung van Niessen's, was von den früheren des öfteren wiederholt wurde. Bedauern müssen wir nur, dass wissenschaftliche Zeitschriften derartigen Publicationen noch immer Aufnahme gewähren. Vielleicht öffnet van Niessen's populäre Broschüre „Beitrag zur Syphilishygiene" den noch harmlosen Lesern die Augen, so dass auch sie inne werden, dass durch solche, milde gesagt, unreife Arbeiten Aerzte und Publicum getäuscht werden, der Sache aber nur geschadet wird.

Wolters (Bonn).

Rieder, Prof. Histologische Untersuchungen im Primärstadium der Syphilis. Sitzungsberichte der Niederrhein. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde 1897, B. 35.

Rieder hat im Anschluss an seine Untersuchungen über syphilitische Mastdarmgeschwüre das Ulcus durum, die Bubonen und den dorsalen Lymphstrang mikroskopischer Untersuchung unterzogen. Ihm stand zu diesem Zwecke die leider immer noch nicht (nach 10 oder mehr Jahren) veröffentlichte Weigert'sche Methode zur Färbung



elastischer Elemente zu Gebote, welche allen anderen überlegen allein solche Resultate ermöglichte. Die Präparate demonstrirten in deutlichster Weise die Schlussfolgerungen Rieder's, dass im Ulcus durum Lymphgefässe und Venen zuerst erkrankt sind und vornehmlich die ersteren, während die Arterien noch lange Zeit intact bleiben. Es gelang durch die Methode, Venen, Arterien und Lymphgefässe durch die Anordnungsart ihrer elastischen Elemente zu unterscheiden, selbst dann noch, wenn durch die Haufen der Infiltrationszellen das Lumen geschwunden, das Gefäss obliterirt war. Auch die Venen obliteriren in gleicher Weise durch das Eindringen der Infiltratzellen durch Peri-Endo- und Mesovasculitis. Gleiche oder ähnliche Verhältnisse wies R. für den Lymphstrang nach, bei dem meist eine fibrinöse Lymphangoitis mit weniger Bindegewebsneubildung stattfindet, in Gestalt von dichtgelagerten breiten Fasern um das verstopfte Lymphgefäss herum. An den Bubonen fand der Verfasser periadenitische Processe völlige oder fast völlige Verschliessung der Venen, ebenso Verschluss der Lymphgefässe mit Hypertrophie der Muscularis stellenweiser Einlagerung von gummösen Bildungen in die Wandung; selten viel später und geringfügiger erkrankten die Gefässe. Gelangt das syphilitische Virus in eine Wunde, so wird ein entzündliches Zellinfiltrat gebildet, Peri-Meso-Endolymphangitis und Phlebitis folgen, eventuell directer Einbruch des Gewebes in die Gefässlumina führt centripetal das Virus weiter. Endarteritis tritt erst später als Folge des länger andauernden Processes ein. Der Process geht dann in der Subcutis weiter bis zur Inguinalgegend, in der Umgebung der Drüsen, wo die gleichen Gefässveränderungen entstehen, ebenso im Fettgewebe, überall mit der Tendenz frühzeitiger Bildung von Bindegeweben.

Wolters (Bonn).

Stryck, Albrecht. Ein Fall von Narbencarcinom luetischen Ursprungs. Inaug.-Diss. Köln 1896.

In dem von Stryck mitgetheilten Falle handelt es sich um die histologische Untersuchung eines Präparates, wo ein hanfkorngrosser, kugelrunder Knoten tief unter der Hautoberfläche sich befand. Zu demselben führte von der Oberfläche her eine trichterförmige Vertiefung, die von Narbengewebe begrenzt war, das Stryck für luetisch hielt. (?) Mikroskopisch erwies sich der Knoten als Cancroid, weshalb Stryck die Diagnose luetisches Narbencancroid stellte.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Boirin, J. Sur un cas de syphilis secondaire aigue. (Thèse de Paris 1897/98., Ref. in Gazette hebdomad. Mai 1898.)

Boirin betont, dass in manchen Fällen von secundärer Syphilis die klinischen Merkmale einer Infectionskrankheit besonders deutlich ausgesprochen sind, vor allem das Fieber. Die Prognose dieser Formen ist gewöhnlich günstig, nur ist die Einwirkung auf das Allgemeinbefinden zu berücksichtigen. Die Diagnose ist oft schwierig, da eine Verwechslung mit einer acuten Infectionskrankheit leicht möglich ist. Die Behandlung



mit Jod und Hg gibt hier die besten Resultate und stellt gleichzeitig ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für die Diagnose dar.

J. Schäffer (Breslau).

Syphilis der Haut, Schleimhaut etc.

Albertin, M. Syphilis gommeuse des lèvres. (La province médicale 1898, Nr. 8, 19. Février.)

Albertin stellt einen Kranken, dessen Anamnese eine 10 Jahre zurückliegende Syphilisinfection ergab, mit einem etwa wallnussgrossen, glatten rothen Tumor der Oberlippe vor, der das Gefühl der Fluctuation darbot und aus zwei Fistelöffnungen eine sero-purulente Flüssigkeit entleerte. In der Umgebung des Tumors, die sich derb infiltrirt anfühlt, noch verschiedene kleine, linsen- bis haselnussgrosse Knoten von harter Consistenz. Es handelte sich um ein Gumma; differentialdiagnostisch kämen noch Talgdrüsencyste, Tuberculose und Epitheliom in Betracht. Doch gegen Talgdrüsencyste spricht einmal die Infiltration, dann die Multiplicität der Knoten, gegen Lupus das Fehlen jeglicher Ulceration, gegen Epitheliom ebenfalls die Multiplicität und das Fehlen der Geschwürsbildung. Therapie ist eine combinirt specifische und chirurgische (Jod, Hydrargyrum, Spaltung der Fistelgänge, Curettement der centralen Partie). Albert Fricke (Lübeck).

Battier. Les angines diphtéroides de la syphilis. (La médecine moderne 1898, Nr. 23.)

Die bakteriologische Untersuchung der Pseudomembranen der diphtherieähnlichen luetischen Angina hat verschiedene Pilze (Bakterium coli commune, Staphylococcus aureus, Streptococcus aureus und albus) ergeben, so dass die bakteriologische Untersuchung nur eine Unterscheidung von echter Diphtherie ermöglicht. Es gibt aber gewisse klinische Merkmale, die eine Differentialdiagnose gestatten zwischen luetischer Angina und solchen anderen Ursprungs. Das luetische Exsudat lässt sich nicht so leicht abstreifen wie bei Diphtherie, und während bei letzterer die unter der Membran liegende Schleimhaut intact ist in den meisten Fällen, blutet sie bei Lues häufiger oder zeigt Ulcerationen. Auch verschont die Syphilis des Rachens meist den Kehlkopf, befällt dagegen häufiger den harten Gaumen, welche beiden Punkte für wahre Diphtherie seltener zutreffen. Der Tonsillarschanker macht durch seine Einseitigkeit und durch die ebenfalls einseitige Drüsenschwellung weniger Schwierigkeiten in der Diagnose. Albert Fricke (Lübeck).

Blary, M. Contribution à l'étude des gommes syphilitiques des paupières. Thèse de la Faculté de Lyon 1897—98, Nr. 31. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1898, Nr. 65.)

M. Blary theilt die Erscheinungen der Spätsyphilis am Lide in drei Gruppen: circumscripte Hautgummata; disseminirte Gummata; diffuses Gumma des knorpeligen Tarsus (Tarsitis luetica Fuchs). Differentiell-

diagnostisch kommen nach ihm in Betracht Primäraffect, Chalazion, Carcinom und Lupus; die Prognose richtet sich darnach, ob die Affection rechtzeitig erkannt ist, oder ob vor Einleitung der specifischen Cur bereits weitergehende Zerstörungen des Lides stattgehabt haben. Die Therapie theilt sich in eine locale (Jodoform) und allgemeine (Traitement mixte). Paul Witte (Breslau).

Brin. Laryngite chez un syphilitique traité par l'iodure de potassium. (Gaz. hebd. de méd. et de chir. Nr. 8.)

Brin demonstrirt den Kehlkopf eines wegen Schenkelgumma's 3 Wochen lang mit Jodkali behandelten und nach zweitägigem Kehlkopfleiden gestorbenen Mannes. Der Kehlkopf zeigt starke Hyperämie, beträchtliches Oedem der Submucosa und tiefe, gelbliche Geschwüre. Vielleicht ist Jodismus die Ursache. H. Goldschmidt (Breslau).

Durante. Gommes congénitales du sternomastoïdien. (Société obstétriciale et gynécolog. Jan. 1898. — Gazette hebdomad. 1898, Nr. 16.)

Bei einem ausgetragenen Neugeborenen wurden in den ersten Lebenstagen in der Mitte beider Musculi sternocleido-mastoidei harte, ziemlich scharf begrenzte Tumoren ohne Veränderung der bedeckenden Haut beobachtet. Nachdem das Kind einer Darmerkrankung erlegen war, fand Durante bei der Autopsie je einen haselnussgrossen, knorpelharten Knoten von gelblicher Farbe; die mikroskopische Untersuchung ergab Endo- und Periarteriitis der Gefässe und kleine Gummata in der Umgebung.

In der Discussion äussert Kirmisson, dass der Fall Durantes zur Aufklärung der Pathogenese der angeborenen Torticollis dienen kann. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Retraction oft durch gummöse Muskelerkrankung bedingt wird. J. Schäffer (Breslau).

Etienne, M. G. Ostéo-périostites syphilitiques. Gazett. hebdom. de méd. et de chir. 1898, Nr. 24.

Etienne beschreibt 3 Fälle von Periostitis, die im Anfangsstadium der Syphilis aufgetreten, vor Ausbruch einer Roseola.

V. glaubt, dass diese Thatsache nur deswegen als selten bezeichnet wird, weil sie nicht genügend Beachtung findet.

Gustav Falk (Breslau).

Fournier. L'erysipéle dans les syphilides ulcéreuses. (La médecine moderne 1898, Nr. 15.)

Fournier bespricht die Complication der ulcerösen Syphilide mit Erysipel, die von den meisten Aerzten als heilsam aufgefasst werde. Er warnt vor dieser Anschauung, denn in den allermeisten Fällen beeinflusse das Erysipel den Verlauf der gummösen Syphilis entweder gar nicht, oder es verschlimmere die Lues. Albert Fricke (Lübeck).

Fournier. Les syphilides cutanées tertiaires. (La médecine moderne 1898, Nr. 22.)

Fournier bringt in seiner Beschreibung nichts Neues. Er bespricht die Differentialdiagnose der tertiären Hautsyphilide gegenüber den secundären Efflorescenzen, hebt dabei 4 Hauptunterscheidungsmerkmale



hervor, nämlich: 1. die Vertheilung der Efflorescenzen (in vereinzelten Herden im Gegensatz zu disseminirt bei Lues II), 2. die destructive Tendenz der Lues III, 3. die monomorphe Beschaffenheit der tertiären Efflorescenzen (tuberculös oder tubero-crustös), 4. die Vereinigung zu Gruppen. Letztere geschieht in dreierlei Form (straussförmig, doldenartig und in circinärer Form); die circinäre Form bildet volle Kreise oder Kreissegmente oder confluirende Bogenlinien. Tertiäre Syphilide treten als trockene Tuberkel ohne Kruste, Ulceration oder als elevirte mit Borken bedeckte Knoten auf. Dass diese Tubera einzeln, über den Körper zerstreut auftreten, ist sehr selten; meist sind sie zu Gruppen vereinigt. Dann bespricht Fournier die Charaktere der Krusten und der Ulcerationen; letztere haben so typische Merkmale, dass aus ihnen sofort die Diagnose auf tertiär-luetisches Ulcus gestellt werden kann (circinäre Form, ausgehöhlt, steil abfallende Ränder, nicht unterminirter eitriger Grund.

Albert Fricke (Breslau).

Fournier. Syphilis mutilante des extrémités ayant revêtu la forme d'une lésion tuberculeuse. La France médic. Nr. 35, 1898.

Fournier berichtet über eine lupusähnliche Affection an den Fingern eines jungen Mannes, die seit 9 Jahren bestand, und von allen Diagnostikern und ihm selbst als tuberculös aufgefasst wurde. Doch zur Ueberraschung gingen die Erscheinungen unter Calomelinjectionen und Jodgebrauch in 19 Tagen zurück. Gustav Falk (Breslau).

Hirschfeld, Berthold. Ueber Zungengummata. Inaug.-Diss. Berlin 1897.

In dem Falle Hirschfeld's handelt es sich um eine 52jährige Frau, die schon ein Jahr vorher wegen tuberöser und annulärer Syphilide in Joseph's Poliklinik behandelt worden war. Jetzt hat sie ausser Plaques muqueuses der Zungenoberfläche noch einen etwa kirschgrossen, nicht ulcerösen Tumor auf der Unterfläche des linken vorderen Viertels der Zunge, der als Gumma diagnosticirt wird und unter Hg- und JK-Behandlung schwindet.

Bemerkenswerth an dem Falle ist die Localisation auf der Unterfläche, während H. in der Literatur keinen Fall auffinden konnte, wo ein gummöser Tumor nach der unteren Fläche zu wuchs und sich dort vorwölbte. Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Panas. Du chancre syphilitique des paupières. La médecine moderne IX. 5. 15./I. 1898, pag. 38.

Panas berichtet über einen Fall, bei dem der syphilitische Primäraffect in der Mitte der Conjunctiva der unteren Lider sass, wobei zugleich eine Reihe von charakteristischen Symptomen der secundären Syphilis zu constatiren waren. Er bemerkt, dass der Chancre gewöhnlich am Lidrand oder an der Umschlagsfalte der Conjunctiva localisirt sei und durch ausgeprägte locale Polyskleradenitis sich auszeichne. Dem Primäraffect am Auge folgen ebenso wie den sonstigen am Kopfe entstehenden syphilitischen Initialmanifestationen meist schwere secundäre Erscheinungen



oder sogar Syphilis tertiaria praecox. Da der Chancre des Lides fast stets ein luetischer sei, könne man, sobald die regionäre Drüsenschwellung eingetreten sei, stets die antiluetische Cur beginnen.

Bruno Löwenheim (Breslau).

Tellier. Gommes syphilitiques précoces. (La médecine moderne 1898, Nr. 23.)

Wenn auch im Allgemeinen das Gumma ein tertiäres Symptom ist, so sind doch Fälle bekannt, wo schon Gummata in den ersten Monaten der Syphilis, ja noch vor der Vernarbung des Primäraffectes auftraten. In gewissen Fällen ist das frühzeitige Auftreten gummöser Formen ein Zeichen einer malignen Lues, begünstigt durch Alkoholismus, Malaria, Trauma, hohes Lebensalter etc., in anderen wieder liegt kein Grund zu schlechter Prognose vor, und ihre Heilung erfolgt prompt auf specifische Behandlung. Frühzeitig auftretende Gummata unterscheiden sich von späten durch ihr plötzliches Auftreten und ihren rapiden Verlauf, geben jedoch meist eine gute Prognose, wenn sie nicht ein Symptom jener schweren Syphilis sind, die Fournier mit dem Namen „Syphilis dénutritaire" belegt. Frühzeitige Gummata des Gehirns, die schon 1—1½ Monate nach der Ansteckung beobachtet sind, geben selbstverständlich eine schlechtere Prognose, zumal durch die Schwierigkeit der Diagnose oft eine unzweckmässige Behandlung eingeleitet wird; letztere hat in Joddarreichung neben Quecksilbercuren zu bestehen.

Albert Fricke (Lübeck).

Varia.

Der VII. (Pirogoff-)Congress der Gesellschaft russischer Aerzte findet vom 28. April (10. Mai) bis 5./17. Mai 1899 zu Kasan statt. In der XII. Section. Haut- und venerische Krankheiten (Vorsitzender: Prof. A. G. Gay. Secretäre: Dr. W. F. Burgsdorf, L. W. Lapten und J. E. Damperow) werden folgende Themata verhandelt werden: 1. Ueber die Heilbarkeit der Syphilis. a) Ist vollständige Genesung von Syphilis möglich? b) Trägt die Genesung den Charakter der vollständigen gründlichen Befreiung des Organismus von der Krankheit oder bleibt beim Geheilten stets eine Spur vom gewesenen Leiden in Form besonderer Neigung zu gewissen Erkrankungen? c) Welche Bedingungen begünstigen die Heilbarkeit und vollständige Genesung von Syphilis? — 2. Reinfectio syphilitica nach den Angaben russischer Aerzte. a) Fälle von Reinfectio in Russland. b) Die Zeit, welche zwischen zwei Infectionen verflossen ist. c) Zusammenhang zwischen den Anfällen der ersten und zweiten Infection. d) Die angewandten Behandlungsmethoden und Dauer derselben. e) Bedeutung der Reinfection für die Frage über die Heilbarkeit der Syphilis. — 3. Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland. — 4. Die Lepra in Russland. a) Die Gegenden Russlands, in welchen Lepra vorhanden ist und Vergleich derselben untereinander. b) Verbreitungsweise der Lepra und die Bedingungen, welche dieselbe begünstigen. c) Bedeutung der Lepra für die Volksgesundheit. d) Massregeln zur Bekämpfung der Lepra: sanitäre, ärztliche etc. etc.

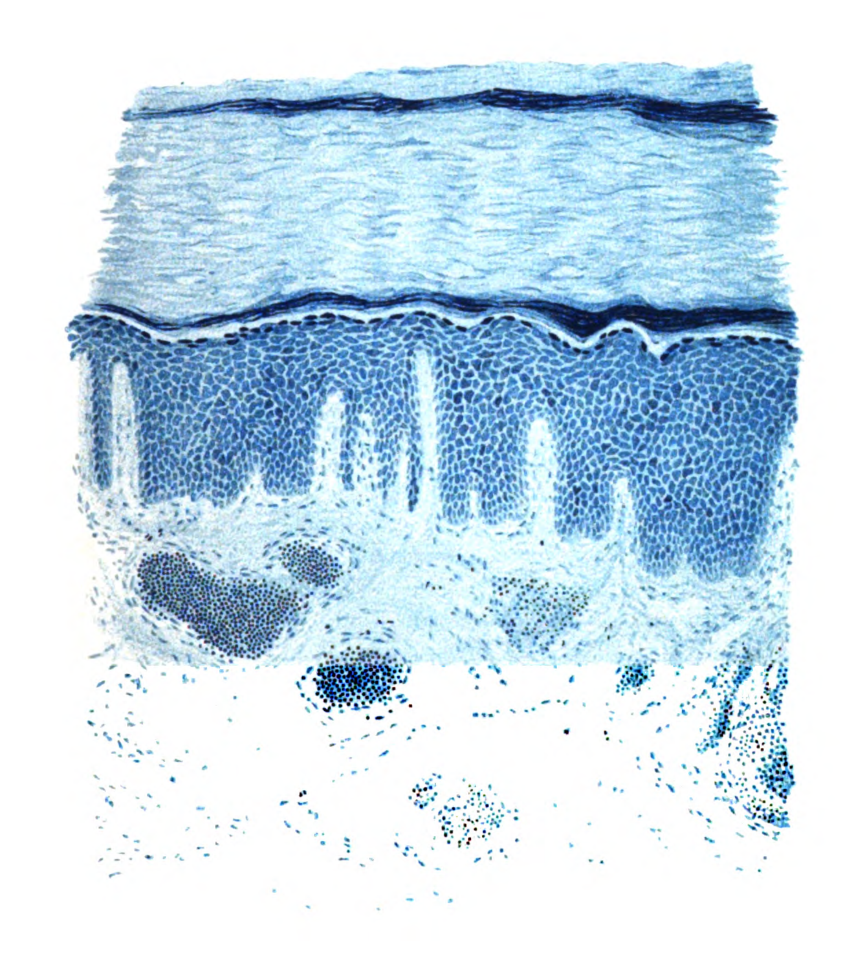


Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Band XLVIII.



Kreibich: Über Urticaria chronica.

LITH. KUNSTANSTALT v. FRIEDRICH SPERL, WIEN III/4.



Kreibich: Über Urticaria chronica.




Archiv f. Dermatologie u. Syphilis Band XLVIII.
TAF. VI.
Kreibich: Über Urticaria chronica.
LITH. KUNSTANSTALT v. FRIEDRICH SPERL, WIEN III/.

Originalabhandlungen.



Ueber eine eigenthümliche Form von Jodexanthem an der Haut und an der Schleimhaut des Magens.

Von

Hofrath Prof. **Neumann** in Wien.

(Hierzu Tafel VII—IX.)

Zu den bemerkenswerthen Nebenwirkungen gewisser Medicamente gehört die Entstehung von Hautaffectionen nach internem Gebrauch derselben. Lange bekannt sind die Exantheme, welche nach dem inneren Gebrauch von Jod- und Bromverbindungen entstehen und als Jod- beziehungsweise Bromakne bezeichnet werden. Später lernte man noch eine Reihe von Arzneien kennen, nach deren innerer Darreichung Arzneiexantheme auftreten z. B. Arsen, Chinin, Chloralhydrat und die demselben chemisch verwandten Mittel, gleichwie die Balsamica. Mit dem mächtigen Aufschwung der Pharmakotherapie in den letzten Jahrzehnten ist eine beträchtliche Anzahl von Mitteln, sämmtlich der aromatischen Reihe der Benzolderivate, in die Therapie gelangt, welche bei innerer Darreichung gleichfalls Exantheme hervorzurufen vermögen, so vor Allem das Antipyrin. Die Erfahrung lehrt, dass die in der Production von Exanthemen bestehende Nebenwirkung nicht von einer bestimmten chemischen Constitution abhängig ist, da unter jenen Mitteln, welche überhaupt Exantheme hervorzurufen vermögen, sich einerseits Repräsentanten der Mettalloidgruppe (Jod, Brom, Arsen), andererseits organische Verbindungen der Fettreihe (Chloralhydrat,



Paraldehyd etc.) und der aromatischen Reihe (Chinin, Salicylpräparate, Antipyrin etc.) befinden.

Unter den angeführten Substanzen nehmen die Jod- und Bromverbindungen deshalb eine besondere Stellung ein, weil sie bei ausgebreiteter therapeutischer Verwendung relativ oft zum Auftreten von Exanthemen Veranlassung geben, und weil die Exanthemformen, namentlich des Jod, grosse Mannigfaltigkeit zeigen und eine solche Intensität erreichen können, dass die ergriffenen Hautpartien der Gangrän verfallen. Ein weiteres Interesse bieten die Jod- und Bromexantheme deshalb, weil sie oft mit toxischen Erscheinungen vergesellschaftet sind, welche als Jodismus, bezw. Bromismus bekannt sind.

Der nachstehend mitgetheilte Fall ist vermöge der ungewöhnlichen Intensität der Hautaffection ex Jodo und einer analogen Affection der Magenschleimhaut von besonderem Interesse. Zumal ein durch Section constatirtes Exanthem im Magen nach internem Jodkaliumgebrauch in der Literatur nicht verzeichnet ist.

Vor dem Berichte über unseren Fall erscheint es angezeigt, die wichtigsten Mittheilungen über Jodexantheme, bez. Jodismus anzuführen.

Auf das Vorkommen von Hautefflorescenzen papulös hypertrophischen Charakters und serös blutige Infiltration des Bindegewebes hatte bereits Ricord hingewiesen, worauf dann weitere Mittheilungen folgten, aus welchen sich die Häufigkeit und die Mannigfaltigkeit der Formen dieser Exantheme ergibt. So berichtet Westmorelam im Jahre 1855 über das Vorkommen einer Bläscheneruption nach Jodkaliumanwendung.

Fischer schildert (Wr. med. Woch. 1859) das Auftreten eines aus intensiv roth gefärbten Papeln bestehenden Hautexanthems. Daran reihte sich die Mittheilung von Mercier (Exanthem produit par le jodure de potassium. Un. mon. med. 1860 p. 285), von Talamon, der ein dem Bilde des Erythema nodosum entsprechendes Exanthem nach Jodkalium zu beobachten Gelegenheit hatte, Stockwell, welcher eine pustulöse Eruption nach Jodkaliumgebrauch beobachtete (B. med. Jour. 1869 II, 665), S. Ringer nach Jodammoniumgebrauch Purpuraflecken auftreten sah (The Pract. 1872, 129). Zahlreicher sind die später erschienenen Mittheilungen, welche zum Theil über bisher noch



nicht beschriebene Formen des Jodexanthems berichten. Es finden sich folgende Formen: Purpura (Abbes, Duffey, Fournier, Labat, Mackenzie, Besnier, Höning, Wilson); Urticaria (Lloyd, Taylor, Sequaira); erythematöse Formen, zum Theil dem Erythema nodosum entsprechend (Talamon, Taylor, Kämpfer); pustulöse und bullöse Eruptionen, hier auch die eigentliche Jodakne (Besnier, Johnson, Duckworth, Harris, J. Nevius, Hyde, van Harlingen, Lang); Pemphigus (Wolf, Feulard); multiple Hautgangrän (Audry). Von Interesse ist eine Form des Jodexanthems, die sich durch Bildung von geschwulstartigen, oft beträchtlichen, bis kleinapfelgrösse erreichenden multiplen Eruptionen auszeichnet, welche in ihrem Centrum ulcerös, bezw. gangränös zerfallen. Dieses durch Auftreten geschwulstartiger Bildungen gekennzeichnete Jodexanthem wird als Dermatitis tuberosa bezeichnet und findet sich in der Literatur mehrfach beschrieben. Fox (Two-cases of severe jodid of potassium eruption. Trans. Clin. Soc. London 1877) sah in einem Falle das Auftreten weicher, schwammiger Massen, die das Bild pilzartiger Wucherungen darboten. Taylor (Trans. Amer. Derm. Assoc. 1888) beschreibt einen Fall, der das von Besnier angegebene Bild der Akne anthracoide jodopotassique darbot, unter dem Namen der Dermatitis tuberosa. Die vorliegenden Beobachtungen von Besnier, Pellizzari, J. Nevius, Hyde, Taylor, Hutchinson, Walker etc. lassen die Dermatitis tuberosa (Acne anthracoide jodopotassique Besniers) als wohl charakterisirtes Krankheitsbild erscheinen. Es handelt sich um das Auftreten geschwulstartiger Bildungen, in Form von erbsen- und bohnengrossen, in manchen Fällen aber bis zu Hühnereigrösse und darüber anwachsenden Tumoren von weicher, schwammiger Consistenz; dieselben sind vorwiegend im Gesichte, an der oberen Brustpartie, an den oberen Extremitäten localisirt. Die Färbung der Tumoren wird als weisslich, orangegelb, gelbröthlich und kupferroth beschrieben. Sie sitzen der Haut breitbasig oder gestielt auf und sind manchmal von einem Infiltrationshof umgeben. Sie entwickeln sich ziemlich rasch, zeigen aber auch die Tendenz nach Aussetzen des Jodkalium, rasch, eventuell mit Hinterlassung von Pigmentflecken oder Narben zu schwinden. Bemerkenswerth ist die Angabe



von Bildung kleiner, punktförmiger Lacunen an der Oberfläche des Tumor (Besnier, Taylor, Walker), aus denen sich seröse Flüssigkeit, Eiter oder Blut ausdrücken lässt. Diese Lacunen sollen den Talgdrüsenmündungen entsprechen. Die Tumoren zeigen manchmal Tendenz zum Zerfall, so dass sie unter Umständen an das Bild der Rotzknoten erinnern (Pellizzari). Im Falle Walker's war die Dermatitis tuberosa blos an der Nasenspitze localisirt und sah einem Epithelialkrebs ähnlich. Histologisch wird mächtige Epithelwucherung, besonders um die Haarfollikel, Oedem des subcutanen Bindegewebes, Dilatation der Capillaren und der Lymphräume angegeben.

Von grossem Interesse für die Auffassung der Pathogenese dieser Form des Jodexanthems ist die Thatsache, dass Jod in den Tumoren nicht nachgewiesen werden konnte (Pellizzari, Nevius, Hyde). Auf das Allgemeinbefinden übte diese Form des Jodexanthems keinen wesentlichen Einfluss aus. Die Tumoren werden als schmerzlos beschrieben, im Falle Besnier's verursachten die rasch wachsenden Geschwülste lebhaftes Brennen.

Wir wollen nunmehr über unseren Fall berichten.

N. W., 30 J., k. l. Glasbläser aus Zomkowicz, Russisch-Polen.

Vom 13./III. 1898 bis 20./IV. 1898 im Spital der Barmherzigen Brüder, vom 20./IV. bis 4./V. 1898 an meiner Klinik.

Patient kam am 13. März 1898 aus Russland in Wien an und wurde in bewusstlosem Zustande durch die Rettungsgesellschaft in das Spital der Barmherzigen Brüder gebracht. Er hatte damals 39° Temperatur, 76 Pulse. Die Allgemeinerscheinungen, rechtsseitige Hemiplegie, Facialisparese und Sprachstörungen ergeben die Diagnose Haemorrhagia cerebri sinistra. In den folgenden Tagen starkes Fieber. Am 19./III. treten in der linken Gesichtshälfte von der Nasenspitze bis hinter das Ohr einzelne blatternartige Pusteln auf, am 24. zwei über erbsengrossean der Stirne. Die Pusteln hatten weisslich trüben, später eiterigen Inhalt und trockneten allmälig ein. In diesen Tagen bekam Patient durch kurze Zeit Jodkalium, Fieber liess nach, bis 8. April hat sich die Hemiplegie bedeutend gebessert, waren die Pusteln ohne Narben geschwunden. Am 15. April trat das Exanthem im Gesichte wieder auf, eine Pustel an der linken Hand. In den folgenden Tagen vermehren sich die Pusteln. Am 20. April wurde ich von den Herren Physikus Dr. Lerch und Primarius Dr. Gleich zur Untersuchung des Kranken eingeladen; derselbe wurde durch die collegiale Bereitwilligkeit des Dr. Lerch zur weiteren Beobachtung auf meine Klinik transferirt.

Der Patient erscheint etwas benommen, Gesichtsausdruck ziemlich theilnahmslos. Der rechte Mundfacialis paretisch, Sprache lallend, Hirnnerven intact, Temperatur erhöht, Respiration: 18, Puls: 108, Arterie voll, Spannung unter der Norm. Auscultation und Percussion der Lungen ergibt rechtsseitiges pleuritisches Exsudat. Herzdämpfung nach rechts etwas verbreitert. Ueber dem linken Ventrikel ein deutliches systolisches Geräusch. Accentuation des 2. Pulmonaltones. Milz vergrössert und palpabel. Leberdämpfung normal. Keine Störung der Blasen und Mastdarmfunctionen. Parese der rechten oberen und unteren Extremität. Die tiefen Reflexe gesteigert. Im Harn Albumen 2‰. Im Sediment reichlich granulirte Cylinder, Epithelien und vereinzelt rothe Blutkörperchen. Die Haut des Patienten ist anämisch, Musculatur kräftig; an der rechten, paretischen Körperhälfte, namentlich an der unteren Extremität, in geringerem Grade am Dorsum manus besteht Oedem. Beträchtlicher Meteorismus. Im Gesichte erbsengrosse bis thalergrosse, elevirte, blasenartige Efflorescenzen mit macerirter weisslichgrauer Epidermis, die grösseren haben eine braune Borke und sondern klares Serum ab; aus der Mitte prominiren weiche schmutzig-grau-braune oder dunkelroth gefärbte Wucherungen. Der perihpere blasenartige Wall ist von einem hellrothen Hofe begrenzt. Die kleinsten und jüngsten Efflorescenzen von Hanfkorngrösse zeigen central einen stecknadelkopfgrossen Eiterpunkt. Das ganze linke untere Augenlid, auf die Wange übergreifend, nimmt eine aus zwei über guldenstückgrossen confluirenden Efflorescenzen gebildete Geschwulst ein, welche in der Mitte zerfallen ist und in der Peripherie von einem scharf umschriebenen, wallartig aufgeworfenen Rand begrenzt ist; fast ebenso grosse Efflorescenzen finden sich über dem Jochbein, zwischen den Augenbrauenbogen und eine etwa kronengrosse in der Medianlinie der Oberlippe, sämmtlich etwa $^1/_4$ Cm. elevirt, der Rand steil, mit weiss macerirter Epidermis, die Mitte nicht exulcerirt. An der Stirne drei in einer verticalen Linie stehende Efflorescenzen, von welchen die oberste stecknadelkopf-, die mittlere hanfkorn- und die unterste linsengross ist; letztere in der Mitte bereits mit einer Borke bedeckt. Ausserdem zerstreut an Stirne, Wange und Kinn spärliche, kaum hanfkorngrosse, hell geröthete Knötchen, central bereits eine punktförmige Pustel tragend, an den Nasenflügeln beiderseits zerfallene Efflorescenzen, jedoch nicht in den Naseneingang hineinreichend, Mundschleimhaut frei, Cervical- und Unterkieferdrüsen nicht vergrössert, Brust und Rücken frei, am linken Handrücken vier linsengrosse, in der Mitte dellig vertiefte Pusteln. Die Peripherie weit hellgeröthet. Inguinaldrüsen nicht vergrössert, rechts Cremasterreflexe fehlend. An der Innenfläche des rechten Kniegelenkes zwei hanfkorngrosse, in Eintrocknung betroffene Efflorescenzen. Temperatur Früh 37°, Abends 37·3°. Der chemisch untersuchte Harn ergibt das Vorhandensein von Jod; spec. Gewicht: 1012, Albumen: $3^1/_2$‰.

Decursus:

23./IV. bis 25./IV. Die Efflorescenzen im Gesichte schreiten beträchtlich weiter so zwar, dass sie auf der linken Gesichtshälfte bereits zu confluiren beginnen und nur wenig normale Haut sichtbar ist. Die 3 Efflorescenzen auf der Stirne auf Kreuzer- bis Guldengrösse gewachsen, ebenso vergrössert am rechten Kieferwinkel. An der rechten Wange, der rechten Stirnhälfte, dem rechten Vorderarme einige wenige, an der linken oberen Extremität zahlreiche neue, hirsekorngrosse Efflorescenzen; auch das rechte untere Augenlid beginnt anzuschwellen. Temperatur tagsüber über 38°.

25./IV. Die Efflorescenzen sämmtlich über das Hautniveau erhaben, an der Peripherie ein fast $1/2$ Cm. hoher Blasenwall, die Blasen ziemlich straff gespannt, der Rand geröthet. Der Belag schmutzig-grau, und wo er sich abgestossen, sickert eine schmutzigweisse Flüssigkeit hervor, darunter zerfallenes Gewebe. Die Nase geschwellt mit Borken bedeckt. An den Vorderarmen einzelne neue Efflorescenzen von Hirsekorngrösse mit centralem eiterigen Punkt. Temp. 38°.

26./IV. Die Efflorescenzen nehmen an Grösse zu; in der rechten Stirnhälfte einige neue hirse- bis hanfkorngrosse Efflorescenzen. 5 Uhr Nachmittags leidet der Pat. an starker Dyspnoe, die Abends hochgradig wird, dabei Herzschwäche. Therapie: Hochlagerung, Tinct. strophanti und Cognac. Temperatur Früh 37·4°, Abends 38·2°.

27./IV. Die ganze Nase bis zur Stirn, fast die ganze linke Wange, der linke Augenbrauenbogen bis 2 Cm. gegen die Stirne, die ganze rechte Wange, die rechte Oberlippe ist in eine thalergrosse drusig unebene Geschwürsfläche umgewandelt, theils mit missfarbigem dünnflüssigen Eiter bedeckt, theils blutig gefärbte Flüssigkeit absondernd, von einem Blasenwall begrenzt, ebenso grosse Hautpartien am Kinn, sind gleichfalls in obiger Weise verändert, mit anhaftenden Borken bedeckt. Die Efflorescenzen an den oberen Extremitäten zugenommen.
Temperatur Früh 37·2°, Abends 38·4°.

28./IV. Status idem. Temperatur Früh 37°, Abends 38°.

29./IV. An der linken Stirnhälfte 2 neue Efflorescenzen, einige kleine am linken Vorderarm. Ueber der rechten Lungenspitze und dem linken Unterlappen gedämpfter Percussionsschall. Inf. Ipecacuanhae mit Liq. ammonii anis. Temperatur Früh 37·6°, Abends 38°.

30./IV. An der rechten Gesichtshälfte in der Nähe des Unterkieferwinkels neue Efflorescenzen; die alten schreiten wenig vor, flachen sich aber ganz ab. Pulsus celer. Temperatur normal.

1./V. Hochgradiger Kräfteverfall, Puls klein 104, die Efflorescenzen serpiginös weiterschreitend von einem lividrothen Saum umgeben, mit trockenen schwarzen Borken bedeckt. Borsalbe. Temp. 36·5°.

2./IV. Status idem. Kräfteverfall hält an.

3./IV. Kräfteverfall nimmt zu. Patient delirirt, ist sehr unruhig, Puls sehr klein 110, Spannung äusserst gering, Temperatur 36·7°.

4./IV. 8 Uhr Früh exitus letalis.

Die vom Prof. Kolisko vorgenommene Obduction ergibt Folgendes:

Körper mittelgross, kräftig gebaut, aus gutgenährtem Zustande abgemagert. Die Haut des Gesichtes nahezu vollkommen in ein flaches, riesiges Geschwür umgewandelt, welches einen anscheinend granulirenden, jetzt pergamentartig vertrockneten, von der blosliegenden Cutis gebildeten Grund und buchtige, etwas aufgeworfene und mit Krusten bedeckte Ränder besitzt. Aus der buchtigen Gestalt der Ränder des Substanzverlustes, sowie aus einzeln stehenden, kreisrunden Substanzverlusten der Umgebung ist die Entstehung des grossen Geschwüres aus blasig pustulösen Bildungen erkennbar. An den Vorderarmen und Händen bis kreuzergrosse flache Geschwüre und vereinzelte Bläschen, desgleichen an den Unterschenkeln. Die rechte untere Extremität ödematös geschwollen, am Dorsum des rechten Fusses eine guldenstückgrosse, geplatzte Blase. Im subcutanen Gewebe der rechten Wade mehrere nicht scharf umschriebene Eiterherde, um welche das Gewebe diffus eitrig-serös infiltrirt erscheint.

In der linken Grosshirnhemisphäre 2 alte apoplektische Herde, einer von über Nussgrösse im oberen Scheitellappen tief ins Mark des Centrum semiovale reichend, einer als langgestreckter $^1/_2$ Cm. breiter Streifen im Mark des Gyrus fornicatus, beide rostbraun verfärbte Coagulareste enthaltend. Hirngefässe zartwandig.

Schleimhaut der Trachea und Bronchien mit einem starren, festhaftenden, fibrinösen Exsudate überkleidet, welches sich bis in die kleineren Bronchien fortsetzt, dabei stark geschwollen und etwas missfärbig. In den Pleuraräumen je $^1/_2$ L. Serum, der Unterlappen leicht comprimirt. Pulmonalpleura mit zahlreichen, den Knotenpunkten der Lymphgefässe entsprechenden Knötchen besetzt. Lungen mässig blutreich, ödematös, einzelne frische lobulärpneumonische Herde enthaltend. Herz im linken Ventrikel hypertrophisch, sein Fleisch erbleicht, gelb, leichter zerreisslich. Die Aorta und die Arterien des Halses auffallend dickwandig, ihre Intima aber zart. Leber von gewöhnlicher Grösse, etwas erbleicht, verquollen. Milz klein. Nieren aufs doppelte vergrössert, derb, die weiss-röthliche Kapsel leicht ab-



ziehbar. Oberfläche glatt, von vereinzelten, feinsten Capillaren blutig gezwickelt. Rinde verbreitert, weiss-röthlich, von den Pyramiden undeutlich abgrenzbar, diese dunkler geröthet. Schleimhaut des Beckens und der Kelche blass. Blase und Genitale normal. Magen contrahirt, auffallend dickwandig, seine Schleimhaut im Fundus schiefergrau verfärbt, verquollen. Die ganze Regio pylorica bis in den Pylorus in ein die Muscularis blosslegendes Geschwür umgewandelt, an welchem noch Reste eines necrotischen, gallig-gelb imbibirten Gewebes in Form von flottirenden Fetzen haften. Am Rande dieses Geschwüres ringsum gegen die schiefergraue Schleimhaut abgegrenzt, zahlreiche linsen- bis bohnengrosse, beerenartig und bläschenartige Efflorescenzen sitzend, deren Oberfläche etwas gallig imbibirt ist und von denen die grösseren sich in flache Geschwüre mit erhabenen, wie proliferirenden Rändern umgewandelt haben. Auch an einigen Falten gegen den Fundus ventriculi zu mehreren kleinere solche Bläschen sitzend. In den Dünndärmen dünnflüssige, etwas schleimige Massen. An der Schleimhaut nichts auffallendes. Der Dickdarm sehr reichlich dünnflüssige, gallig gelbe Fäcalmassen enthaltend, seine Schleimhaut stark geschwollen, ödematös gelockert, intensiv injicirt.

Diagnose: Morbus Brightii subacutus cum hypertrophia cordis et arteriarum. Haemorrhagia duplex hemisph. sin. cerebri. Bronchoblenorrhoea crouposa. Enteritis uraemica. Exanthema medicamentosum faciei, manuum, pedum et ventriculi (Jod).

Bei der Section wurden behufs histologischer Untersuchung sowohl von der äusseren Haut als auch vom Magen verschieden grosse Efflorescenzen excidirt und in Müller-Formallösung fixirt. Die nach verschiedenen Färbungsmethoden von meinem Assistenten Dr. Matzenauer behandelten Schnittpräparate der Efflorescenzen an der äusseren Haut zeigen ein vorwiegend im Papillarkörper und Rete Malpighii gelegenes, dichtes Infiltrat, das sich nach abwärts in der Cutis ziemlich scharf abgrenzt und über welchem die Epidermis in

einer lose zusammenhängenden fetzigen Lamelle abgehoben ist. Die Infiltration besteht aus dicht gedrängten Elementen mit grossen, stark tingirten, meist rundlichen Kernen innerhalb eines grossen protoplasmatischen Zelleibes. Bis an die äussersten verhornten Epidermislagen reichen die unregelmässigen Gruppen und Stränge solcher Zellenhaufen, die dazwischen ziehende Balken noch erhaltener succulenter Retezellen, wie von einem Gitterwerk umstrickt. Je weiter von der Oberfläche gegen die Tiefe vorschreitend, desto dichter wird das Infiltrat, in welches die Retezellen aufgegangen zu sein scheinen. Gegen die Cutis hin und an den Randpartien finden sich auch in geringerer Zahl Rundzellen, Leukocytenanhäufungen insbesondere um die hier stark erweiterten Gefässe und Capillaren. Häufig findet man in der Tiefe des Infiltrates an seiner Grenze gegen die Cutis spaltförmig oder vollständig thombosirte Gefässe von dicht gedrängten, herdförmigen Zellwucherungen umgeben, in und um welche extravasirte Blutkörperchen zerstreut liegen. Innerhalb des Infiltrates findet sich der Ausführungsgang der Schweissdrüsen und Talgdrüsen; an manchen Schnittpräparaten sieht man innerhalb des Infiltrates den Durchschnitt respective Schrägschnitt vom Haarbalge. Ausserhalb des dichten Infiltrates finden sich Zellenwucherungen beschränkt auf die unmittelbare Umgebung der Wand von Talgdrüsen und der Ausführungsgänge der Schweissdrüsen, Rundzellen Anhäufungen in spärlicherer Zahl auch an den Drüsenknäueln, an den glatten Muskelfasern und ebenso um das Neurilemma. Das übrige oft succulente und auseinander gedrängte Cutisgewebe grösstentheils frei von Wucherungen.

Entsprechend den Pusteln ist die Hornschicht abgehoben in unregelmässigen Zügen und direct unter derselben sind scharf umschriebene, ovale, dicht gedrängte Granulationszellen, welche das Rete Malpighii theilweise verdrängt haben, theilweise sind die Zellen spindelförmig verlängert. Das unter dem Infiltrat liegende Cutisgewebe ist geschwellt mit zerstreuten Zellwucherungen, welche jedoch vorwiegend der Wand der Schweissdrüsenknäuel, den Talg- und Haarbälgen in dichten Haufen anliegen. Die Blutgefässe blutreich, ihre Wandung in den oberen Theilen infiltrirt, in den unteren Theilen normal. Auch im



Panniculus adiposus finden sich zwischen den einzelnen Läppchen Wucherungen, in gleicher Weise auch um die Arrectores pilorum.

Die Efflorescenzen des Magens bieten histologisch vollständig analoge Veränderungen dar, wie jene der äusseren Haut. Schnittpräparate von einer hanfkorngrossen Efflorescenz aus der Fundusgegend des Magens zeigen ein in der Schleimhaut selbst gelegenes dichtes Zellinfiltrat, das sich gegen die Tiefe mit der Muscularis submucosae ziemlich scharf abgrenzt und an seiner Oberfläche bedeckt ist von den obersten Zellenlagen der Magendrüsen, die durch reichliches fibrinöses Exsudat zusammengebacken sind. Von den Randpartien und von der Oberfläche ziehen bis gegen die Mitte des Infiltrates Bruchstücke noch erhaltener Magendrüsen, an denen man noch deutlich delomorphe und adelomorphe Zellen erkennt. Das Infiltrat hat im Ganzen ein etwas lockeres Gefüge, in dem die Zellen in einem reichlichen Fibringerüste eingeschlossen sind. Besonders auffallend sind hier die weiten mit rothen Blutkörperchen strotzend gefüllten Gefässdurchschnitte noch innerhalb des Infiltrates in dessen tieferen Partien; aber auch über die Grenzen des eigentlichen Herdes hinaus im submucösen Bindegewebslager liegen um die gleichfalls dilatirten Gefässe Gruppen von Randzellenwucherungen, während die eigentliche Muscularis völlig frei von Veränderungen ist.

Das Interesse, das unser Fall darbietet, gipfelt einerseits in der Schwere und Ausbreitung des Jodexanthems an der Haut, ganz besonders aber in dem Umstande, dass auch die Magenschleimhaut Sitz eines Jodexanthems ist, welcher Befund sich als Unicum darstellt. Ersteres steht in seinem Bilde der von Taylor beschriebenen Dermatitis tuberosa, den Fällen von Pellizzari und Hyde, sowie Besnier's Acne anthracoide jodopottassique, namentlich aber einem Falle Hutchinson's (A case of jodid of pottassium eruption. Archiv of Surgery. London 1890) am nächsten. Hutchinson berichtet über einen Fall höchst intensiver Erkrankung an dieser Form des Jodexanthems. Die Diagnose konnte erst experimentell durch weitere Verabreichung von Jod sichergestellt werden. Der 26jährige Kranke, der früher Syphilis



gehabt hatte, begann die Jodeinnahme mit einer Dosis von 0·3 Gramm, worauf sich bereits ein Jodausschlag entwickelte.

Vergleicht man in unserem Falle den makroskopischen Befund der Magenschleimhaut mit dem der äusseren Haut, so tritt die Analogie deutlich hervor. An beiden Orten Entstehen einer ausgedehnten Geschwürsbildung durch Confluenz der Efflorescenzen, während den noch nicht confluirten, jüngeren Efflorescenzen hier wie dort der elevirte, proliferirende Wall und der centrale Zerfall gemeinsam ist. Auch hinsichtlich der Grösse und Form zeigen die das Geschwür des Magens umgebenden Efflorescenzen deutliche Analogie mit den jüngeren Efflorescenzen der Gesichtshaut. Noch präciser tritt diese Analogie durch den mikroskopischen Befund der erkrankten Magenschleimhaut hervor. Wie erwähnt, ist ein Jodexanthem der Magenschleimhaut bisher noch nicht beobachtet worden. Es findet sich nur eine Betheiligung der Mundschleimhaut so z. B. in dem von O. Boves van Dort (Dermat. Zeitschrift Bd. I, H. 6 1894) beschriebenen Falle von Jodexanthem erwähnt, wo an der Wangen-, Lippen- und Zungenschleimhaut papulöse Efflorescenzen sassen, wie an der Haut. Es ist bekannt, dass die Jodintoxication die Schleimhaut des Respirations-, Digestions- und Urogenitaltractes in intensiver Weise ergreift, jedoch geschieht dies in Form von Oedemen und diffus entzündlichen Processen. So der Jodschnupfen, die Jodconjunctivitis, das Larynxödem (Avellis, Groenomo), die Stomatitis, Gingivitis, Bronchitis. Bisher liegt in der Literatur nur eine experimentelle Arbeit von R. Böhm über pathologische Veränderungen der Magenschleimhaut nach subcutaner Injection von Jodpräparaten vor (Sitzungsb. d. Marburger Ges. z. Förd. der ges. Naturw. Nr. 4, S. 65, 1882), der nach subcutaner Injection von Natrium jodicum bei Thieren keine Hyperämien oder Ecchymosen, wohl aber inselförmige Schrumpfungen im Pylorustheil, Curvatur und Fundus nachwies.

L. Lewin (Die Nebenwirkung der Arzneimittel. Berlin 1893) gibt an, dass einzelne Individuen durch den Gebrauch des Jodkalium Schmerzen im Fundus des Magens empfinden, der jedoch durch Druck nicht vermehrt wird. Man hat diese Einwirkung auf eine Nervenreizung mit freiem jodsaurem

Kalium zurückführen wollen, das sich durch die Einführung der Magensäure bildet.

In unserem speciellen Falle kommt wohl ein Moment sehr in Betracht, das zur Erklärung der besonders intensiven Erkrankung der Haut dienen könnte. Es lag hier eine Nephritis vor, und in jüngster Zeit hat O. Reichel in einem Vortrag auf der 70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf darauf hingewiesen, dass bei Nephritis die resorptive Thätigkeit der Haut besonders geschädigt ist. Er fand, dass eine eingespritzte Flüssigkeit bei Nephritis noch nach 10 Tagen in der Haut sich befand, während sie bei cardialen und localen Stauungen binnen 2—3 Tagen nicht mehr nachweisbar war. Diese schwere Störung der Resorptionsfähigkeit zeigt, dass die Vitalität der Haut bei Nephritis in besonders intensiver Weise geschädigt ist, und man kann diesen Factor immerhin zur Erklärung der besonderen Intensität des Jodexanthems in unserem Falle heranziehen. Es scheinen analoge Factoren an der Haut und Magenschleimhaut das Auftreten des Exanthems begünstigt zu haben. Wir müssen annehmen, dass durch den subacuten Morbus Brightii und die intensive Erkrankung des Herzfleisches und der Gefässe die Ernährung der Haut und der Schleimhäute alterirt und diese in Folge von Anhäufung toxischer Substanzen, höchstwahrscheinlich durch die mangelhafte Ausscheidung des Jod selbst, für Schädlichkeiten überhaupt und im vorliegenden Falle besonders empfänglich gemacht werden. Der Sitz des Jodexanthems in der Regio pylorica ist insoferne von Interesse, als diese Region bekanntlich für verschiedene neoplastische und ulceröse Processe eine besondere Prädisposition besitzt.

Das Wesentlichste des Falles lässt sich dahin zusammenfassen, dass bei einem an subacuten Morbus Brightii mit Hirnhämorrhagie erkrankten Individuum nach mässigen, zu therapeutischen Zwecken gereichten Jodkaliumdosen ein schweres, besonders das Gesicht befallendes Jodexanthem, dem Bilde der Dermatitis tuberosa entsprechend, auftrat und die Section eine makroskopisch und mikroskopisch der Hautaffection vollkommen analoge Erkrankung der Regio pylorica — demnach ein echtes bisher noch niemals beobachtetes Jodexanthem des Magens ergab.

Von hohem Interesse ist die Frage, in welcher Weise sich das Jodexanthem der Magenschleimhaut klinisch geäussert hätte, wenn der Patient nicht seinem schweren Grundleiden erlegen wäre. Anatomisch fand sich ausgedehnte, tiefgreifende Exulceration der Regio pylorica und man hätte hier wohl mit Recht das Symptomenbild, wie es den in dieser Gegend localisirten Magengeschwüren eigenthümlich ist, erwarten müssen, i. e. Erbrechen, Blutungen, Schmerzen, Störungen der Passage der Speisen durch den Pylorus und im Falle der Vernarbung hätte sich zweifellos das schwere Krankheitsbild der Pylorusstenose entwickelt. Der richtigen ätiologischen Deutung wären mit Rücksicht darauf, dass die Enstehung von Magengeschwüren durch Jodkalium bisher unbekannt war, die grössten Schwierigkeiten im Wege gestanden. Die nunmehr erwiesene Thatsache, dass bei interner Darreichung von Jodkalium ein schweres Exanthem der Magenschleimhaut mit nachfolgender Geschwürsbildung entstehen kann, ist von grösster praktischer Wichtigkeit und mahnt zur Vorsicht, das Jodkalium nur anzuwenden, wo es dringend indicirt ist und dem Verhalten des Magens die entsprechende Beachtung zu schenken. Speciell bei frischem Morbus Brightii ist mit Rücksicht auf die gestörte Function der Niere und die herabgesetzte Vitalität der Gewebe die Jodkaliumdarreichung am besten ganz zu unterlassen, da einerseits keine therapeutische Indication besteht, andererseits die Gefahr besonders intensiver Schädigung der Haut und auch der Schleimhäute durch das Jodkalium vorhanden ist.



Erklärung der Abbildungen auf Taf. VII—IX.

Taf. VII. Jodexanthem an der Haut.

Taf. VIII. Jodexanthem an der Schleimhaut des Magens.

Taf. IX. Fig. 1. Durchschnitt durch eine kanfkorngrosse Efflorescenz an der Magenschleimhaut. Zeiss Ocular 2, Objectiv A. a) Intacte Magenschleimhaut, b) submucöses Bindegewebe, c) fibrinöses Exsudat mit z. Th. noch erhaltenen Drüsenzellen über der Efflorescenz, d) Infiltrat zum grössten Theil in der Drüsenzone gelegen, innerhalb derselben stark dilatirte Gefässe und theilweise noch erhaltene Stränge und Balken von Drüsenepithelien, e) submucosa, f) länge- und quergeschnittene Musculatur.

Fig. 2. Durchschnitt durch eine hanfkorngrosse Efflorescenz an der Haut des Vorderarms. Zeiss Object A, Ocul. 2. a) Intacte Papillarkörper, b) blasig abgehobene oberste Epidermisschicht über der Efflorescenz, deren Infiltrat hauptsächlich im Papillarkörper liegt, neben und unterhalb derselben, c) intacte Talg- und d) Schweissdrüsen, e) Arrector pili.

Aus der k. k. dermatologischen Klinik von Prof. F. J. Pick in Prag.

Zur Kenntniss der elephantiastischen und ulcerativen Veränderungen des äusseren Genitales und Rectums bei Prostituirten.

Von

Dr. **Victor Bandler,**
II. Assistent der Klinik.

(Hierzu Taf. X.)

Wer Gelegenheit hat, durch längere Zeit eine grosse Reihe von venerischen Erkrankungen am äusseren weiblichen Genitale zu sehen und zu beobachten, dem wird sicherlich eine Gruppe von Veränderungen auffallen, die vielfach als Elephantiasis vulvae und des angrenzenden Gebietes in der Literatur beschrieben sind. Diese Veränderungen des äusseren Urogenitalapparates gehören insbesondere bei den Prostituirten nicht zu den Seltenheiten, sie sind jedoch so mannigfaltig, dass es nicht schwer fällt, an etwa vorkommenden Fällen Besonderheiten zu finden, die in pathologischer oder diagnostischer Hinsicht belehrend sind. Die elephantiastisch ulcerativen Veränderungen der Vulva wurden in früherer Zeit zumeist von Gynäkologen beschrieben, während die Syphilidologen speciell in Deutschland erst in neuerer Zeit, angeregt durch die Beobachtung der Franzosen, die ähnliche Veränderungen unter dem Namen der Esthiomènes beschrieben, denselben mehr Beachtung schenkten.

Ueber die Aetiologie dieser Veränderungen kommen wir nicht sofort durch den Anblick oder durch den klinischen Verlauf ins Klare, weshalb es bei der Strittigkeit der ätiologischen Frage angezeigt erscheint, durch casuistisches Material zur Klärung beizutragen, zumal diese Veränderungen auch in



praktischer Hinsicht, speciell bei sanitätspolizeilichen Untersuchungen der Prostituirten, nicht ohne Bedeutung erscheinen.

An unserer Station für Prostituirte und venerisch erkrankte Frauen hatten wir Gelegenheit, ein reiches ständiges Material durch lange Zeit in fort sich wiederholender Beobachtung zu halten, was, wie ich schon in einer früheren Arbeit[1]) hervorhob, für die Beurtheilung der Entstehung und den Verlauf dieser Affection von unschätzbarer Wichtigkeit ist.

Während wir bei Prostituirten, die noch nicht allzulange Zeit ihrem Berufe ergeben sind, Veränderungen antreffen, die leicht in die Reihe der bekannten venerischen Erkrankungen eingereiht werden können, ändert sich bei älteren Prostituirten das Bild oft in einer Weise, die der Diagnose vielfache Schwierigkeiten bereitet. Wir treffen eben die ulcerativ elephantiastischen Veränderungen, deren Charakter und Localisation in kein bestimmtes Krankheitsbild leicht hineinpasst.

Diese Processe zeigen torpide tiefgreifende Destructionen mit hyperplastischer Neubildung und lassen folgende Formen und Localisationen erkennen.

I. Urethra: Die Schleimhaut der Urethra kann entweder primär exulceriren oder es kommt zu hochgradiger, entzündlicher Schwellung und Proliferation der Urethralschleimhaut, so dass diese knopfförmig aus der Urethralmündung hervorgedrängt wird. Anfänglich zeigen sich nur seichte Geschwüre, die allmälig tiefer greifen und zu wuchern beginnen, so dass das Orificium urethrae oft von wallartigen Wucherungen bedeckt erscheint. Die Carunkel an der Harnröhre erscheint oft zerstört, der Urethralwulst in die Scheide hinabgedrängt oder förmlich abgekappt, so dass an der ihm entsprechenden Stelle ein horizontaler Spalt mit blassen, starren Rändern erscheint, aus welchem bei besonders schweren Fällen Harn abfliesst und Incontinentia urinae besteht.

Als Beispiel einer solchen Veränderung an der Urethra will ich nur kurz eine Krankengeschichte aus unserem Material skizziren.

---

[1]) Ueber die venerischen Affectionen der Analgegend bei Prostituirten. Festschrift, gewidmet Filipp Josef Pick, I. Th. Dieses Archiv. Bd. 43.

P. A., 27jährige Kellnerin, seit 7 Jahren Prostituirte ausserhalb Prag, hat vor 6 Jahren Geschwüre an den Labien gehabt mit Drüsenschwellung, zugleich Mund- und Halsaffection, wurde damals in einem Provinzspital nur local behandelt, Exanthem bestand nicht, doch wiederholten sich in der folgenden Zeit oft die Halsschmerzen und Geschwüre an der Zunge, die nur local behandelt wurden; erst 2 Jahre später bekam Patientin bei Gelegenheit einer Recidive 2 Injectionen; seit 1 Jahre Affection an der Urethra, die der Patientin nur geringe Beschwerden macht, weswegen sie aber vom Polizeiarzte ins Spital geschickt wird.

Gut genährte Person, deutliches Leucoderma nuctae, nuctale Drüsenschwellungen, geknickte Gaumenbögen mit narbigen Einkerbungen, kein Exanthem. Die Leistendrüsen beiderseits geschwellt, die Umgebung der Harnröhrenmündung derb überwuchert, so dass sie schwer auffindbar ist, die Wucherungen bestehen aus derbem, unregelmässigem Gewebe, dessen Oberfläche zerfallen erscheint. Ueber und neben dem Orificium ein belegtes, tiefgreifendes Ulcus mit derben Rändern, das sich in die Wucherungen und bis in die Urethra fortsetzt, links derbes, narbenartiges Gewebe, Praeputium clitoridis bedeutend vergrössert, die Labien mit Narben versehen, die linke kleine Lippe länglich, wurstförmig, elephantiastisch, mit höckeriger Oberfläche.

Unter energischer, antiluetischer Allgemeinbehandlung beginnt das Ulcus langsam zu verheilen und sich zu epidermisiren, die elephant. Schwellung geht nur in geringerem Grade zurück.

West hat diesen Zustand an der Harnröhre an 6 Fällen beobachtet bei Frauen, die luetisch waren und hält sie ebenso, wie Schröder, für luetischen Ursprungs. Er sah diese chronischen Ulcerationen an der Harnröhre ohne Theilnahme der übrigen Theile des äusseren Genitales oder gleichzeitig mit chronischen Geschwüren.

II. Hintere Commissur. Die hintere Commissur ist ein Lieblingssitz der ulcerativ chronischen Veränderungen. Sie beginnen in der Fossa navicularis ziemlich median oder etwas seitlich und unmittelbar vor dem Rande des Hymen respective der hier stehen gebliebenen Carunkeln. Die Form der Ulceration ist unregelmässig, ihre Ausdehnung sehr wechselnd, erreicht oft Guldenstückgrösse; ihr Grund ist höckerig wenig belegt, eher glänzend, von hellrother Farbe. Die Ränder sind callös verdickt, ohne jede Neigung zur Epidermisirung, steil abfallend. Das Ulcus ist gleich seiner Umgebung meist starr infiltrirt. Diese Ulcera trotzen jeder einfachen localen Behandlung und beginnen sich erst nach energischer antiluetischer Allgemeinbehandlung langsam zu epidermisiren und



brauchen oft Monate zur Heilung. Derartige Fälle hatten wir reichlich zu beobachten und zwar meist an Prostituirten, die alle lange vorher schon eine luetische Infection durchgemacht hatten. In einer grossen Anzahl der Fälle fanden sich aber neben diesen ulcerativen Veränderungen in der hinteren Commissur ähnliche Processe am Anus.

III. Anus. Normalerweise ist der Uebergangstheil der Haut in die Schleimhaut am Anus durch den Sphincter in radiäre Falten eingeschnürt. Die Schleimhaut ist durch lockeres Bindegewebe an ihre Unterlage geheftet und gestattet so dem Sphincter die rasche Entfaltung. Es kommt nun sehr oft zur Schwellung dieser Falten in Aoto, diese sind livide verfärbt; ebenso schwellt die Perinealfalte, in welcher die Raphe perinei endigt und fängt an zu ulceriren. Das umgebende Gewebe wird rigide starr, es reisst ein, es entstehen Rhagaden in der Richtung der obenerwähnten Fasern; später bilden sich in diesen Falten bis $^1/_2$ Cm. tiefgreifende, muldenförmige, mit infiltrirten Rändern versehene Spalten, die $^1/_2$ Cm. oberhalb der Analöffnung beginnen und 1—2 Cm. tief in das Rectum sich hineinerstrecken. Diese Rhagaden werden durch Kothmassen immer vergrössert, es tritt Zerfall ein bis in das lockere, submucöse Gewebe und so entstehen tiefgreifende Fistelgänge und Hohlräume, die einer Heilung grosse Schwierigkeiten bereiten. In einem späteren Zeitpunkte bemerken wir dann um die Analöffnung und in ihrer nächsten Umgebung eine hyperplastische Infiltration, es kommt zur Bildung polypöser Wucherungen, welche wieder oberflächlicher Exulceration anheimfallen können. Die Falten des Rectums sind erhöht, ebenso wie die hahnenkammartigen Analfalten. Zwischen den Falten und Spalten ist die Haut und Schleimhaut mit grauweissem Exsudat bedeckt und weiterhin im Rectum die Schleimhaut von leistenförmigen Erhabenheiten und Narbenzügen durchzogen. Besteht nun dieser Process im Rectum lange Zeit fort, so kommt es in weiterer Entwicklung zur Infiltration des peräctalen Gewebes, bei gleichzeitigem Bestand von Ulceration in der hinteren Commissur zum Durchbruch des Septumrectovaginale, zur Bildung von fistulösen Verbindungen zwischen Mastdarm und Vestibulum zu Rectovestibularfisteln; versäumt

man hiebei nicht die digitale Untersuchung des Rectums, so wird man auch oft noch weiter oben im Rectum eine typische trichterförmige Strictur vorfinden, die zur Ausbildung des Processes nur beiträgt. Das klinische Bild wird in vielen Fällen noch ergänzt durch Mitbetheiligung des äusseren Genitales.

IV. Aeusseres Genitale. In erster Linie sind es die grossen Labien, welche von der Schwellung betroffen werden und zwar in verschiedenen Dimensionen von strangartigen Infiltraten bis zu hochgradig wurstförmig, derb infiltrirten Wülsten. Diese sind meist blauroth, livide verfärbt; auch die Clitoris mit ihrem Präputium und die kleinen Labien nehmen an der Sclerosirung und Wucherung theil und sind in derbe Wülste verwandelt. Selbst die Schleimhaut der Scheide bleibt oft von der elephantiastischen Wucherung nicht verschont, es kommt zur Bildung papillomatöser Wucherungen von derber Consistenz, welche in hochgradigen Fällen eine Stenosirung des Scheideneinganges bedingen können. Alle diese beschriebenen Veränderungen können in einzelnen Fällen für sich allein auf eine der erwähnten Localisationen beschränkt vorkommen, zumeist aber in hochgradigen Fällen kann man bei Beobachtungen, die sich über eine lange Zeit erstrecken, die Aufeinanderfolge der Veränderungen verfolgen und dann die Combination aller dieser Processe zugleich antreffen.

Sind diese Veränderungen hochgradig, sind speciell fistulöse Processe und Rectalstricturen vorhanden, dann werden die Patientinen, die lange Zeit gegen alle Beschwerden abgestumpft sind, für ihr Gewerbe unfähig und fallen dem Spitale anheim, wo vielfach cachektische Zustände eintreten, an denen sie unter dem Bilde der amyloiden Degeneration der Organe zu Grunde gehen.

Es sei mir gestattet, aus unserem reichen Materiale einige Krankengeschichten solcher Fälle zur Kenntniss zu bringen.

Der instructivste Fall ist der erste, der durch lange Zeit schon in unserer Beobachtung steht und uns deutlich die einzelnen Phasen der schweren Erkrankung erkennen liess. Zur Erläuterung der Krankengeschichte diene die Abbildung auf Taf. X.

Fall 1. N. M., 26jährige Dirne, ist bereits seit 11 Jahren diesem Berufe ergeben und acquirirte bald nach ihrem Eintritt ins Bordell im Jahre 1888 Lues, worauf sie damals 3 Schmiercuren durchmachte. In den ersten



Jahren war die Patientin sehr häufig mit gonorrh. oder Recidivprocessen ihrer Lues in Spitalsbehandlung und wurde intermittirend antiluetisch behandelt. Vor 8 Jahren musste sie sich rechts einer Bubooperation unterwerfen. Hierauf blieb Pat. 2 Jahre recidivfrei; vor 6 Jahren bemerkte sie eine leichte Schwellung der Analfalten, lag damals mit Plicae hypertroph. auf unserer Abtheilung, zugleich trat damals eine schwer heilbare tiefgreifende Ulceration in der Fossa navic. auf. Hernach bemerkte sie Beschwerden beim Stuhlgange, schenkte denselben keine Aufmerksamkeit, da sie keine Schmerzen hatte und, wie bekannt, selbst sehr lang dauernde Obstipationen von den Patientinen dieser Art nicht beachtet werden. In den folgenden Jahren recidivirte die Ulceration in der fossa navicul. und verbreiterte und vertiefte sich sehr; im Jahre 1895 machte Patientin wieder eine energische Schmiercur durch. Inzwischen nahmen die Stuhlbeschwerden zu und in dem Masse, als sich diese steigerten, trat die Affection am äusseren Genitale auf und erreichte vor circa 1½ Jahren die jetzige Beschaffenheit. Seit 2 Jahren sind die Stuhlbeschwerden sehr heftig, es ging Blut und Eiter ab, seit 1 Jahre geht der Stuhl unwillkürlich mit grossen Schmerzen ab. Patientin leidet an furchtbaren Schmerzen und ist seit einem Jahre mit kurzen Unterbrechungen auf unserer Station. Die Mattigkeit und Schmerzen hatten in der letzten Zeit eine Cachexie im Gefolge, so dass das früher blühende Mädchen nun ein Jammerbild darstellt; seit 4 Jahren keine Menses, nie geboren, nie abortirt.

Stat. praesens. Pat. mittelgross, schwach, stark abgemagert. Nase geschwollen, geröthet, um die Nasenöffnungen mit Borken bedeckte Ulcerationen, das knöcherne Gerüst aufgetrieben. Gaumenbögen geknickt verzogen, mit Narben versehen. Zahnfleisch geschwellt, am Nacken kein Leucoderm, am Stamme mit Ausnahme kleiner Narben kein Exanthem. An den Palmae manus stellenweise die Haut verdickt mit zahlreichen streifenförmig angeordneten kleinsten Abschilferungen. Die Haut des Abdomens rauh, trocken, gefältet und gefeldert, rechts in inguine eine eingezogene Bubonarbe, darunter keine Drüsen tastbar, links die Drüsen haselnussgross.

Das äussere Genitale in toto pathologisch verändert und deformirt. Die kleinen Labien sind in 2 fingerbreite, bläulichrothe, sehr derbe Wülste verwandelt, derb geschwellt, sclerosirt und überragen an Volumen bedeutend die grossen Labien. Diese erscheinen auch geschwellt und verdickt besonders im unteren Theile, reichen jedoch nach unten nicht so weit wie die Lymphen. Die Oberfläche der Labien ist leicht höckerig, unregelmässig. Besonders verdickt erscheint auch das Praeputium clitoridis, das schürzenförmig herabhängt. Die Harnröhrenmündung ist hinter einem dicken Wulst verborgen, dieselbe scheinbar vergrössert mit narbigen Veränderungen der Schleimhaut. An der Innenfläche der Lymphen besonders nach links ein kraterförmiges, unregelmässiges Ulcus mit schlaffen Granulationen und derben wallartigen Rändern, das sich auch nach rechts fortsetzt.

Der Introitus vaginae sehr straff, enge durch narbige derbe Wucherungen der Vaginalwände, so dass man knapp einen Finger in die



Vagina einführen kann, an der unteren hinteren Wand derselben fühlt man einen unregelmässigen, starren, derben Widerstand.

Portio hochstehend, nach rückwärts verschoben, zapfenförmig, Muttermund grübchenförmig, Uterus klein, atrophisch, anteflectirt.

Die Analöffnung von einem Kranze blaurother derber Wülste umrahmt, zwischen denen die Analapertur klafft, an der Oberfläche dieser Wülste feuchte Ulcerationen und Narben. Die Digital- und Spiegeluntersuchung des Rectums ergibt eine bedeutende ödematös derbe Schwellung der Schleimhaut des Rectums, Bildungen von Falten und Spalten, bis man circa 5 Cm. über der Analöffnung in eine trichterförmige Verengerung gelangt, die der Zeigefinger nur mit Mühe passiren kann. Am Ende dieser circa 2 Cm. langen Verengerung findet sich eine zweite Strictur vor, die nicht passirbar ist. Beim Herausziehen des Fingers entleert sich blutiggefärbter Eiter und Schleim.

Anfangs versuchten wir wieder eine Schmiercur, doch erwies sich Patientin zu schwach zu deren Ausführung, auch Jodkali vertrug sie nur kurze Zeit; eine locale Behandlung der Rectumstrictur mit Bougies war bei der elenden Patientin undurchführbar. Wir beschränkten uns auf roborirende Diät und Darreichung von Zittmann's Decoct, worauf sich Patientin theilweise erholte und nicht mehr so streng ans Bett gefesselt war. Der locale Befund blieb bei der Behandlung unverändert, nur die Incontinentia alvi und die grossen Schmerzen konnten wir lindern.

Fall 2, den ich kurz skizziren will, betrifft die 27jährige Arbeiterin R. M. Seit 8 Jahren betreibt sie geheime Prostitution; vor 6 Jahren mit Lues auf unserer Abtheilung, machte damals Schmiercur durch; seit 4 Jahren bemerkt Patientin Abgang von Eiter beim Stuhle, seit 3 Jahren auch Blut und Steigerung der Beschwerden bei der Defaecation. Seit dieser Zeit, also seit 4 Jahren, bestehen, wie aus den früheren Krankengeschichten hervorgeht, Schwellung der Analfalten und Ulcerationen an der Analgegend; 1 Jahr später ist notirt grosse torpide Ulceration an der Commissur, Strictur des Rectum, Plicae anales hypertr. exulc. 1 Jahr später (1897) Elephantiasis vulvae.

Jetziger Befund: Das äussere Genitale stark pigmentirt mit narbigen Stellen an den Labien, dieselben, besonders die rechte, in einen blaurothen derben Wulst von zwei Fingerbreiten verwandelt, ebenso Praeput. clitoridis derb infiltrirt. Urethralmündung mit Narben und Ulcera bedeckt; in der Fossa navic. ein kraterförmiges Ulcus, Damm durch Fistelgänge zerstört, statt des Anus eine klaffende Höhle, aus der die geröthete Rectalschleimhaut hervorragt, der Sphincter fehlend, die Ränder dieser Höhle sind derb aufgeworfen. Bei der Digitaluntersuchung des Rectums findet man 2 Cm. über der Apertur eine Verengerung des Rectalrohres, die sich trichterförmig fortsetzt und nur für die Kuppe des kleinen Fingers passirbar ist. Die Ränder dieser Strictur sind derb aufgeworfen.

Introitus vaginae verengert durch narbige Stränge, in der Vulva eine canalförmige Oeffnung, durch welche die Sonde ins Rectum gelangt und durch welche der Koth sich in die Vagina entleert.



Eine längere Bougiebehandlung führt zu keinem Resultate, die Beschwerden steigern sich so, dass der Patientin behufs Linderung die Colotomie vorgeschlagen wird, welche sie verweigert. Sie wird nach längerer antiluetischer Behandlung in gebessertem Zustande nach Vernarbung der Ulcera entlassen.

Fall 3 betraf die 28jährige Dirne V. A., seit 7 Jahren ihrem Berufe als Strassendirne ergeben; vor 7 Jahren luetische Infection mit häufig wiederkehrenden Recidiven. Vor 3 Jahren mit schwer heilender torpider, guldenstückgrosser Ulceration an der hinteren Commissur in unserer Behandlung; seit 2½ Jahren Stuhlbeschwerden, seit 2 Jahren Fistelbildung. Der Status vor 3 Jahren notirt zum ersten Male bedeutend geschwellte, hahnenkammartige Analfalten mit oberflächlichen Ulcerationen. Status vor 1 Jahre elephantiastische Veränderungen am äusseren Genitale. Jetziger Befund: die Labien ödematös derb geschwellt und wurstförmig deformirt; an der Urethra livide Wucherungen, an der Commissura inf. zum Theile eine derbe Narbe, zum Theile eine tiefe Ulceration, durch welche die Sonde ins Rectum gelangt. Die Analfalten hahnenkammartig livide, geschwellt, eingekerbt, die Schleimhaut des Rectums von circulären und longitudinalen Wülsten durchzogen, 3 Cm. über dem Sphincter eine für die Spitze des Zeigefingers eben noch durchgängige ringförmige Strictur.

Schmiercur, Bougiebehandlung, Heilung der Ulceration, Besserung der Durchgängigkeit der Strictur.

Es würde uns zu weit führen, noch weitere Krankengeschichten über ähnliche Fälle unserer Beobachtung ausführlich zu schildern; ich will nur constatiren, dass wir innerhalb der letzten 2 Jahre noch weitere 6 Rectalstricturen bei Prostituirten fanden, von denen die meisten gewisse geringgradige objective äussere Anzeichen darboten; keiner dieser 6 Fälle machte aber von selbst anamnestische Angaben über Beschwerden beim Stuhlgange und auf Befragen gaben die Patientinen entweder keine oder geringe Stuhlbeschwerden zu. Diese letzterwähnten Fälle betrafen meist jüngere Prostituirte, die alle bereits Lues überstanden hatten, aber jetzt mit schwereren torpiden Ulcerationen in der Fossa navicularis ohne weitere Mitbetheiligung des äusseren Genitales zur Beobachtung kamen. Unsere Erfahrungen lehrten uns die Wichtigkeit der Rectaluntersuchung bei jeder Prostituirten und da machten wir oft ohne jedes äussere Anzeichen die Diagnose einer beginnenden oder vorgeschrittenen Rectalstrictur.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich hervorheben, dass die Rectumstenose anscheinend bei Prostituirten kein so seltenes Vorkommniss ist, nur scheint die digitale Untersuchung des Rectums bei



Prostituirten bisher nicht mit der nothwendigen Sorgfalt geübt worden zu sein, es ist anscheinend nicht jedes Arztes Sache, wie Poelchen sich ausdrückt. Schon Ricord äusserte sich ironisch über die Abneigung seiner Collegen gegen die Digitalexploration des Rectums und doch ist diese sehr nothwendig und sollte von den Polizeiärzten in viel ausgedehnterem Masse vorgenommen werden, wenn anders wir in unseren Kenntnissen über die venerischen Anal- und Rectalerkrankungen weiter kommen wollen. Uebrigens gibt es doch gewisse Anzeichen und Veränderungen an der Analapertur, die den Arzt daran mahnen, nicht die Untersuchung des Rectums zu unterlassen. Alle jene Veränderungen, die mit Schwellung der Analfalten einhergehen, ferner alle jene Veränderungen am Genitale, die einen elephantiastischen Charakter darbieten, die isolirte derbe Schwellung eines Labiums, ferner die vielfachen Fissuren am Anus, insbesondere aber die ersterwähnten Plicae anales hypertrophicae sind es, die stets zur Rectaluntersuchung auffordern und wir möchten dieselben sogar als pathognomisches Zeichen für eine beginnende Rectalstructur ansehen, eine Ansicht, die auch Prof. Rille mir gegenüber in einem Privatbriefe aussprach.

Es entsteht nun die Frage, welche Aetiologie haben alle diese Veränderungen am Genitale und Rectum, die stets das gleiche klinische Bild und denselben Verlauf zeigen.

Koch hat in seiner Arbeit über das Ulcus vulvae chronicum der Anschauung Raum gegeben, dass diese Processe nicht specifische sind, sondern durch die verschiedensten ätiologischen Momente hervorgerufen werden, insbesonders durch Störung in der Lymphcirculation durch Entzündungen und Traumen; der syphilitischen Infection hat Koch eine sehr untergeordnete mehr zufällige Rolle in den einzelnen Fällen zugesprochen. Koch berichtet über 20 Fälle mit ulcerativen und elephantiastischen Veränderungen am Genitale und Rectum; auch seine Fälle tragen elephantiastische ulcerative Bildungen an Labien, Urethra und Anus; unter diesen 20 Fällen hat in 18 vor langer Zeit eine mit Sicherheit nachgewiesene luetische Infection stattgefunden und doch bezieht Koch alle diese Veränderungen nur auf eitrige oder sclerotische Processe in den Lymphdrüsen, ohne der durchgemachten Lues besonders zu erwähnen.



Mir ist gerade bei der Beobachtung dieser Processe in erster Linie aufgefallen, dass alle damit behafteten Patientinen Lues überstanden hatten, wie man überhaupt constatiren kann, dass jede Prostituirte innerhalb der ersten $1^1/_2$—2 Jahre ihrer Thätigkeit sicher mit Lues inficirt wird. Erst nach längerem Zeitraume nach der syphilitischen Infection treten zuerst die ulcerativen Veränderungen am Introitus auf, die sehr torpide sind und nicht im besonderen den Charakter luetischer Geschwüre tragen, aber doch nur unter einer energischen antiluetischen Allgemeinbehandlung zur Heilung gebracht werden können. In weiterer Folge treten dann die Rectalveränderungen auf, die schon mehr den Charakter der Lues an sich tragen, speciell die trichterförmigen Stricturen desselben. Erst nach längerem Bestande derselben bilden sich die elephantiastischen Veränderungen am Genitale aus, die mehr weniger eine Folge der schwergeschädigten Circulationsverhältnisse im Becken sind. Ich würde daher der Ansicht huldigen, dass in erster Linie als Ursache dieser Veränderungen die überstandene Lues anzusehen ist, dass das Ulcus vulvae eine parasyphilitische Erkrankung ist, ein Destructionsprocess auf luetischer Basis. Unterhalten und gefördert wird dieser Process durch die gestörte Circulation in Folge der vereiterten oder sclerosirten Lymphdrüsen und insbesondere durch den Druck, der sich in Folge einer Rectumstrictur ausbildet. Auch Juliusburger und Pölchen haben bei den Veränderungen des Rectums bei Prostituirten gefunden, dass in der grössten Anzahl der Fälle syphilitische Erscheinungen voran gegangen sind oder sich gleichzeitig mit der Rectalerkrankung vorfanden; auch Rille hat sich gegen Koch für die luetische Natur ausgesprochen. Für dieselbe spricht ferner der Umstand, dass die Anfangssymptome des Leidens immer erst lange Zeit nach der Infection mit Syphilis auftraten, das heisst also zu einer Zeit, in welcher die schweren Erscheinungen der Lues sich äussern. Wir müssen ferner noch andere venerische Processe als Ursache ausschliessen. Jacoby hat eine Aehnlichkeit der Processe mit Ulcera mollia gefunden. Die Ulcera mollia führen nicht zu derber Infiltration und Narbenbildung, sondern heilen rasch aus. Bei Männern finden wir häufig Ulcera mollia mit nachfolgender vollständiger Ver-

eiterung der Bubonen und doch sind die elephantiastisch ulcerativen Veränderungen eine grosse Seltenheit bei denselben. Die Gonorrhoe führt bisweilen auch zur Infection des Rectums und zu geschwürigen Veränderungen, doch spricht gegen eine gonorrhoische Aetiologie dieser Processe der Verlauf, die gonorrhoischen Veränderungen treten meist als flache Erosionen auf, die nach Abhaltung der Reize rasch heilen.

Gegen die Annahme, dass Traumen und Reize, wie sie bei Prostituirten vorkommen, die Ursache dieser Veränderungen sind, spricht der Umstand, dass solche Erkrankungen auch bei nicht prostituirten Frauen vorkommen. Ich sebst hatte nicht Gelegenheit, diese Veränderungen bei nicht prostituirten Frauen zu sehen, dagegen hat Rille, wie er mir mittheilt, diese Veränderungen bei Frauen aus Galizien, wo schwerere Formen der Lues häufig sind, vielfach gesehen.

Für die syphilitische Natur dieser ulcerativ elephantiastischen Veränderungen sprechen demnach folgende Momente:

1. Neben den elephantiastisch ulcerativen Veränderungen am Genitale finden sich fast stets floride oder abgelaufene syphilitische Processe, zu deren Folgen wir auch die Rectalstricturen rechnen.

2. Können wir vielfach die Erkrankung vom Primäraffecte bis zur Entstehung der Affection beobachten.

3. Finden sich Fälle, bei denen wir keine Mitbetheiligung der Lymphdrüsen antreffen.

4. Hat die antiluetische Behandlung einen entschieden günstigen Einfluss auf den Process.

Ausdrücklich betonen und hervorheben möchte ich aber, dass die Lues nur die primäre Ursache dieser Veränderungen ist, zu deren Ausgestaltung die schlechten Circulationsverhältnisse der Lymphbahnen, Traumen und Reize in bedeutendem Masse beitragen; insbesonders ist es die Rectumstrictur, die, wie Ehrmann auch schon hervorhob, eine grosse Rolle bei der Ausbildung der Elephantiasis vulvae spielt. Auch die Gynäkologen Schröder, West und Landau haben elephantiastische Veränderungen am Genitale bei Frauen beobachtet, die unzweifelhaft Lues durchgemacht haben; so berichtet Schröder über 6 Fälle von Elephantiasis vulvae auf luetischer Basis und fügt hinzu, für die syphilitische Natur spreche auch die häu-

fige Complication mit augenscheinlich luetischer Ulceration und Strictur des Rectums.

Allem Anscheine nach sind die syphilitischen Processe, die sich da am Genitale abspielen, solche, welche noch zum Theile dem secundären Stadium angehören, speciell ulceröse Processe, zumeist aber gummöse Processe. Die tertiären Syphilisproducte, für welche auch Fournier diese Processe unter dem Namen Syphiloma anorectale zusammenfasst, treten meist in der Tiefe und im perirectalen Gewebe auf und führen dann durch Zerfall und Durchbruch zur Fistelbildung. Auch Rille hält diese Processe für gummös, da er direct den Zerfall der Gummen bei diesen Veränderungen beobachten konnte.

Möge es mir gelungen sein, die Aufmerksamkeit auf Processe gelenkt zu haben, die in theoretischer und praktischer Beziehung grosse Bedeutung haben und noch vieler Beobachtung bis zur vollständigen Klärung bedürfen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef und Lehrer Herrn Prof. Pick für die Ueberlassung der Bearbeitung des Materiales, sowie für die vielfache Förderung der Arbeit meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. West. Lehrbuch der Frauenkrankheiten (cit. bei Schröder.)
2. Schröder. Charité Annalen, IV. Jahrgang, 1877.
3. Laudan. Archiv f. Gynaekologie, Band XXX, 1887.
4. Rille. Archiv f. Dermat. u. Syphilis, Band XXXVIII und Privatmittheilung.
5. Bandler. Festschrift zu Ehren von F. J. Pick.
6. Poelchen. Virchow's Archiv, Band CXXVII.
7. Koch. Archiv f. Dermat. u. Syphilis, Band XXXIV.
8. Juliusburger. Dissertat. Breslau, 1884.
9. Jacoby. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. Band XXXVII.
10. Ehrmann. Allgem. Wiener medic. Zeitung, 1885, Nr. 36—40.

Aus dem Prager Handelsspitale (Primärarzt Weiland Dr. J. Rihl.)

Zur Kenntniss der gonorrhoischen Gelenks- und Nervenerkrankungen.

Von

Dr. **Rudolf Bloch,**
Secundärarzt im Handelsspitale, vordem Externarzt an der dermatolog. Klinik des Prof. Pick in Prag.

Die Entdeckung des Erregers der Gonorrhoe durch Neisser hat in kurzer Zeit so viel einwandfreie, beweisende und allen unseren Anforderungen entsprechende Beobachtungen von specifischen Complicationen bei Gonorrhoe gezeitigt, dass Diejenigen, welche früher manche als specifisch gedeutete Erscheinungen bloss als ein „zufälliges Zusammentreffen ohne sicher begründeten ätiologischen Zusammenhang" aufgefasst wissen wollten, bis auf wenige Ausnahmen ihren ablehnenden Standpunkt aufgaben. Viele in ätiologischer Hinsicht dunkle Erkrankungen liessen sich nun als per continuitatem oder contiguitatem entstandene gonorrhoische Processe feststellen; pathologische Veränderungen, welche in weit vom ursprünglichen Infectionsherde entfernten Organen auftraten, wurden als echte Metastasen erkannt und als solche mit den zu Gebote stehenden bakteriologischen Hilfsmitteln nachgewiesen.

Es würde den Rahmen des vorgezeichneten Themas weit überschreiten, wenn auch nur die verdienstvollsten Arbeiten in dieser Richtung hier angeführt werden sollten. Ich werde mir bloss im Anschlusse an die Krankengeschichte eines Falles, welcher wegen seiner Schwere und Eigenartigkeit eine Würdigung zu verdienen scheint, erlauben, einige Autoren anzuführen, welche über Nervenerkrankungen berichten, die entweder in einem nachweisbaren oder wenigstens wahrscheinlichen Zu-

sammenhang mit einer gonorrhoischen Infection entstanden waren.

R. F. stammt von gesunden Eltern ab. Ein Bruder starb im Alter von 15 Jahren an (tubercul.?) Coxitis. Bis auf eine im vorigen Jahre operativ behandelte Nasenaffection und wiederholtes Halsleiden war Pat. angeblich stets gesund. Am 4. November 1898 bemerkte er, nachdem er am 27. October einen Coitus ausgeübt hatte, an der äusseren Harnröhrenöffnung eine eitrige Kruste, nach deren Entfernung er eine geringe Menge einer schleimigen Flüssigkeit herauszudrücken vermochte. Drei Tage später stellten sich unter Zunahme des Ausflusses mässige, stechende Schmerzen zu Beginn des Urinirens ein. Gleichzeitig schwoll eine Drüse in der rechten Leistenbeuge zu Haselnussgrösse an, ohne jedoch schmerzhaft zu sein. Da in den folgenden Tagen der nunmehr grüngelb gewordene Ausfluss an Reichlichkeit zunahm, liess sich Patient am 11. November ins Handelsspital aufnehmen.

12./XI. Status praesens: Der Thorax des mittelgrossen, ziemlich gut genährten Patienten zeigt einen rachitischen Bau. Corpus und Processus xyphoides sterni sind grubig eingesunken. Die Untersuchung der inneren Organe der Thorax ergibt nichts Abnormes. In der linken Leiste findet sich eine Hernia obliqua, welche dem Pat. keine Beschwerden verursacht. Die Urethrallippen sind geröthet, geschwollen; aus der Urethra entleert sich spontan und bei Druck reichlich grünliches eitriges Secret, welches sich bei mikroskopischer Betrachtung aus Leukocyten, extra- und intracellulär gelagerten Gonococcenhaufen zusammengesetzt erweist. In der rechten Leiste entsprechend der Mitte des Poupart'schen Bandes eine haselnussgrosse Drüse. Der Harn in der I. Portion getrübt, mit einer beträchtlichen Menge eitrigen Sediments; die II. Portion ist klar. Im filtrirten Harn Eiweiss, Zucker, Indican negativ.

19./XI. Wiederholt Nasenbluten. Die II. Portion des Harnes zeigt eine leichte wolkige Trübung.

12./XI. Seit gestern klagt P. über Schwäche in den unteren Extremitäten und über häufige, kurz andauernde Schmerzen stechender Art, die sich in der Mitte der rechten Leistenbeuge einstellen und von blitzartig schiessenden Schmerzen gefolgt sind, die von hier genau durch die Mitte der vorderen Fläche des Oberschenkels bis handbreit über dem Knie ausstrahlen. Auch zum Genitocruralwinkel und zur medialen Fläche des Oberschenkels hinziehende Schmerzen werden angegeben. Der Ausfluss hat an Intensität zugenommen.

22./XI. Heftige Schmerzen machen dem P. das Gehen unmöglich. In den letzten 3 Nächten schmerzhafte Erectionen und Pollutionen.

24./XI. Gestern Fieber. Die Temperatur zwischen 38 und 38·6, Puls über 100. Nebst Schmerzen in den Schläfen und Frösteln stellt sich Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Schwellung der Oberlippe und der rechten Wange, sowie Herpes labialis ein. Die innere Untersuchung ergibt ausser einer beschleunigten Herzaction nichts Abnormes.

27./XI. Die Schmerzen in der rechten unteren Extremität bedingen eine vollständige Unbeweglichkeit derselben. P. sträubt sich gegen jede Lageveränderung. Zu beiden Seiten des rechten Poupart'schen Bandes zeigt die Haut eine mässig ödematöse Beschaffenheit und eine stark vermehrte Berührungsempfindlichkeit. Der Druckpunkt des N. cruralis ist sehr empfindlich. Der Femurkopf lässt sich in die Pfanne ohne wesentliche Schmerzen hineindrücken. Es bestehen continuirlich dumpfe Schmerzen, die sich jedoch Nachmittags oder Abends ohne äusseren Anlass oder bei der geringsten Bewegung zu Anfällen von solcher Intensität steigern, dass P. laut schreit und weinend um Narcose bittet. Das Fieber hält sich trotz Salicyldarreichung seit 5 Tagen zwischen 38·5 und 39·1. Der Puls ist beschleunigt, von guter Füllung und Spannung. Herpes labialis und Schwellung der Wange sind verschwunden. Therapie: Immobilisirung im Petit'schen Stiefel, Eisbeutel, feuchte Einpackungen, Jodsalbe, Natr. salicyl. 0·5 × 5.

29./XI. Es besteht ein ungewöhnlich hoher Grad von Hilflosigkeit und eine so bedeutende Hyperalgesie der Haut und der Muskeln der unteren Extremität, dass selbst eine leise Berührung des Bettes unerträgliche Schmerzen auslöst. Patient spricht mit flüsternder Stimme, um jede Erschütterung beim Sprechen zu vermeiden; er weigert sich zu essen, um den mit Schmerzen verbundenen Stuhlgang hintanzuhalten. Grosse Schmerzen verursachen im rechten Bein zeitweilig auftretende Spasmen, an die sich ein länger währendes Zittern anschliesst. Während der ersteren ist die Extremität starr, der Fuss im Sprunggelenk in Dorsalflexion, die 4 letzten Zehen sind dorsal, die grosse Zehe plantar flectirt. P. hat das Gefühl, als ob die Extremität starr und gefühllos wäre. Als Sitz des grössten Schmerzes wird die vordere Fläche des Oberschenkels bezeichnet. Das obere Drittel desselben zeigt Schwellung von wechselnder Deutlichkeit. Die Temperatur schwankt zwischen 38·4 und 39·8 (s. Temperaturtabelle).

30./XI. Der Vormittag verlief ruhig; Nachmittag stellte sich ein sehr heftiger Schmerz mit Trübung des Sensoriums ein. P. war desorientirt. (Morphiumwirkung?)

1./XII. Gelegentlich der Nachforschung nach der muthmasslichen Veranlassung der Erkrankung gibt P. an, er habe ungefähr am 19./XI. ein Sitzbad genommen und sei unmittelbar darauf, da er von heftigem Stuhldrang befallen wurde, längere Zeit am kalten Abtritte verblieben. Am 17./XI. habe er im Krankenzimmer einige hüpfende und schleudernde Bewegungen wie beim Tanze gemacht.

2./XII. Unter starkem Schweissausbruch liessen heute Nachts die Schmerzen nach. Die Temperatur sank von 39·4 auf 37·3. Der Appetit ist wieder etwas lebhafter. Der Oedem in der Nachbarschaft des Poupartschen Bandes hat sich verloren, Puls mässig frequent. P. klagt über Schmerzen in der Kreuzgegend und in den Gesässbacken.

4./XII. Die Temperatur stieg vorgestern Abends wieder auf 38·4. Die gestern eingetretenen Schmerzen dauern fort, die Berührungsempfind-

lichkeit ist abermals eine sehr hochgradige. Abendtemperatur 38. Trotz Verabreichung von Narcoticis verbringt P. die Nächte meist schlaflos.

6./XII. Bei normaler Temperatur halten die Schmerzen in ungeschwächter Intensität an. Sie werden durch einige Stiche in der rechten Leistengegend eingeleitet, worauf sie sich in die Kreuzgegend fortpflanzen, um von hier an der hinteren Fläche des Oberschenkels zur Kniekehle und entlang der Aussenseite der Wade bis zum äusseren Knöchel auszustrahlen. An der Austrittsstelle des N. ischiadicus aus dem Becken, am unteren Glutaealrande, in der Kniekehle und unter dem Fibulaköpfchen lässt sich bei wiederholter Untersuchung eine enorm vermehrte Druckempfindlichkeit constatiren, wogegen Druck auf den Trochanter und die Abtastung des Fennaschaftes bis auf eine Stelle an der Aussenseite ungefähr in der Mitte desselben sich als minder schmerzhaft erweisen. Bei der Exploration per rectum zeigt sich die Beckenhöhle frei von entzündlichen Producten. Auch die Prostata ist nicht vergrössert. P. klagt über häufiges Taubsein und Einschlafen des rechten Unterschenkels. Bei Abkühlung der Haut steigern sich die Schmerzen. Das rechte Knie ist etwas geschwollen. Die Schmerzen in demselben werden vom P. folgendermassen beschrieben: er habe das Gefühl, als würde ein um die Sohle geschlungener Riemen angezogen, um die Extremität im Knie zu beugen und da dieses nicht nachgebe, so entstehe ein Schmerz, als ob sie im Knie entzweigebrochen würde, oder als ob das Fleisch von der Wade heruntergerissen würde. Beide Portionen des Harnes getrübt, eitriges Sediment enthaltend.

9./XII. Unter den nöthigen Cautelen werden verschiedene Nährböden (Agar-Agar, Bouillon, Harnagar) mit aus der Fingerbeere entnommenem Blute beschickt. Die für die Züchtung von Gonococcen in neuerer Zeit vorgeschlagenen Nährböden standen mir nicht zur Verfügung. Die mikroskopische Untersuchung einiger Blutpräparate ergibt beträchtliche Leukocytose.

10./XII. P. ist hochgradig verfallen. Die Hautdecken zeigen ein gelbes Colorit. Die Augen sind tief halonirt. Die krampfartigen Schmerzen strahlen heute auch von der linken Kreuz- und Hüftgegend in den linken Oberschenkel aus. Der Patellarreflex ist rechts erloschen oder wegen des erhöhten Tonus des m. quadriceps nicht auszulösen.

12./XII. Neuerlicher Temperaturanstieg auf 38, Puls 104, rhythmisch, von guter Füllung und Spannung. Bedeutende Prostration in Folge der Schlaflosigkeit und der lange anhaltenden Schmerzen, welche den beschriebenen Charakter haben. Kein Ausfluss, nur am Morgen ein Tropfen. In der I. Portion des Harnes schleimig-eitriger, in der II. schleimiges Sediment. Im Eiter massenhaft Gonococcen.

13./XII. Blutimpfung auf Agar-Agar, Glycerinagar, Zuckeragar, Bouillon.

15./XII. Zeitweilig auftretende, einige Minuten anhaltende Streckkrämpfe, abwechselnd in beiden unteren Extremitäten, namentlich bei Lageveränderung. Beim Nachlassen des Krampfes Zittern der ganzen



Extremität. P. vermag nicht die Rückenlage auch nur auf Augenblicke aufzugeben. Nachmittag leichte Trübung des Sensoriums.

16./XII. Auf warme Umschläge erfolgt unter profuser Schweisssecretion, besonders auf der Brust, Abfall der Temperatur zur Norm. Euphorie.

18./XII. Von der Kreuzbeingegend ausgehende und in der Kniekehle am heftigsten sich äussernde Schmerzen. Heisse Leinsamen-Kataplasmen bringen sehr wesentliche, wenn auch nur kurzdauernde Erleichterung.

21./XII. Schmerzen in beiden Extremitäten, links zeitweilig stärker als rechts. Localisation der Schmerzen in beiden Extremitäten gleich, nur fehlen links die stechenden Schmerzen in der Leistenbeuge und an der Innenfläche des Oberschenkels. Beide Extremitäten unbeweglich.

22./XII. Die somatische Untersuchung ergibt: Im Gebiete der cerebralen Nerven keine pathologische Veränderung. Sämmtliche Bewegungen der oberen Extremitäten erfolgen prompt und sind vollständig coordinirt. Die Herzaction rhythmisch, beschleunigt; zeitweiliges in Angst übergehendes Oppressionsgefühl. Pulsfrequenz bewegt sich zwischen 114 und 126; reichliche Schweisssecretion; die Schmerzen continuirlich, vormittags remittirend, nachmittags exacerbirend; sie werden vom P. als bohrend und schiessend bezeichnet. P. liegt in halb-linksseitiger Lage, wobei das rechte Bein in der Hüfte und im Knie gestreckt, adducirt und ein wenig nach innen gegen das linke Bein rotirt ist, welches im Knie rechtwinklig gebeugt mit der Aussenfläche der Unterlage aufruht. Harnmenge 1500. Der Ausfluss ist bis auf den Morgentropfen vollständig verschwunden. Im Urethraleiter reichlich Gonococcen. Die I. Portion des Harnes zeigt eine mässige Sedimentmenge, die II. Portion ist bloss wolkig getrübt.

Die am 9./XI. und 13./XI. mit Blut beschickten Nährböden blieben insgesammt steril.

25.|XII. Seit gestern abermals starke krampfartige Schmerzen in beiden unteren Extremitäten. Beide Knie zeigen eine spindelförmige Anschwellung Der Erguss in das Kniegelenk ist jedoch nicht beträchtlich. Die Contouren der Patellae in Folge der ödematösen Schwellung der Weichtheile verwischt. Schwappen der Patella ist nur in geringem Masse vorhanden. P. verlangt unausgesetzt heisse Kataplasmen. Temperatur 38·4. Nach entsprechender Reinigung wird das linke Kniegelenk mit einer sterilisirten Pravaz'schen Spritze punktirt und mit dem gewonnenen serösen, weingelben Inhalte eine Plattencultur mit Ascitesagarmischung angelegt.

26.|XII. Die Temperatur ist zur Norm abgefallen, Puls 104.

30.|XII. Der Kniegelenkserguss rechts ist etwas stärker, wenn auch nicht bedeutend. Die Patella zeigt Ballotement.

1.|I. Zustand im Gleichen. Die schiessenden und reissenden Schmerzen, besonders in den Unterschenkeln sehr qualvoll. Die Hüftgelenke sind anscheinend frei von Erguss und nicht besonders schmerzhaft. Die Prü-



fung der Sensibilität ergibt keine Störungen bis auf eine Herabsetzung des Unterscheidungsvermögens zwischen Warm und Kalt an der Aussenseite des l. Oberschenkels und am l. Unterschenkel und eine Verminderung des Unterscheidungsvermögens zwischen Pinsel- und Fingerberührung an beiden Extremitäten.

Umfang des rechten Oberschenkels knapp in der Genitocruralfalte 43 Cm., in der Mitte 37 Cm., über dem oberen Rande der Patella 32 Cm., Mitte der rechten Wade 28 Cm.

Linker Oberschenkel 42, 36, 32 Cm., linke Wade 28 Cm. Der Patellarreflex ist links vorhanden, rechts erloschen oder vielleicht wegen starker Spannung des M. quadriceps cruris, welche die active und passive Bewegung des Knies verhindert, nicht auszulösen. Bauchreflexe normal. Cremasterreflex und Fusssohlenreflex beiderseits gleich, letzterer ziemlich lebhaft. I. Portion eitrig getrübt, II. Portion klar.

6.|I. Zustand stationär. Ueber dem Os sacrum finden sich zwei rundliche, über 1 Cm. im Durchschnitt messende, an einander stossende schmerzhafte Infiltrate mit oberflächlichem Gewebszerfall.

13.|I. Heute abermals Anstieg auf 38·8 verbunden mit stärkerer Schwellung beider Knie.

15.|I. Aus der Punctionsflüssigkeit vom 25.|XII. wuchsen auf Ascitesagar zahlreiche Colonien eines gracilen Bacillus, keine Gonococcen.

21.|I. Seit gestern Abends Retentio urinae (Morphin?). Links Patellarreflex lebhaft, rechts schwach angedeutet. Beträchtliche faradocutane Hyperästhesie.

22.|I. Die Urinentleerung erfolgt spontan. Aus dem diffus getrübten Harn setzt sich zur Hälfte des Volumens ein schneeiges Sediment ab, welches sich aus amorphen Bestandtheilen zusammensetzt. P. ist in seiner Ernährung hochgradig heruntergekommen. Temperatur normal. Puls 140. Schmerzen werden bloss in der rechten Extremität an der inneren Seite des Oberschenkels, in der Trochantergegend und in der rechten Wade angegeben. Bei der Reinigung des Decubitus und seiner Umgebung äussert der P. jedesmal sehr heftige Schmerzen, so oft die den Valleix·schen Druckpunkten entsprechenden Stellen des N. ischiadicus berührt werden. Diese Erscheinung lässt sich sowohl rechts als auch links beobachten.

27.|I. Die Gegend beider Kniegelenke verbreitert, die Contouren der Patella undeutlich. Die Verbreiterung scheint auf einer Verdickung der Gelenkskapsel an der Innenseite des Knies zu beruhen. Die Bewegungen im Sprunggelenke sind auf beiden Seiten frei. Die rechte untere Extremität im Knie und in der Hüfte activ unbeweglich; passive Bewegungen sind in beiden Gelenken beschränkt und mit grossen Schmerzen verbunden. In der linken Extremität ist die Beweglichkeit trotz der beträchtlichen Schmerzen in der Wade nicht herabgesetzt.

Umfang rechts: oben 37 Cm., Mitte 28 Cm., am Patellarrande 29 Cm.
„ links: „ 39 „ „ 29 „ „ „ 31 „

Mitte der Wade rechts 24 Cm., links 23 Cm.

3.|II. Nach einem warmen Bade sehr heftige Schmerzen, Frösteln und Temperatursteigerung auf 38·2.

5.|II. 14 galvanische Elemente verursachen im Oberschenkel mässig stechende Schmerzen, während 18 Elemente im Unterschenkel kaum als Prickeln empfunden werden. Reizung der Nervenstämme und der Muskeln mit starken Strömen löst eben wahrnehmbare Zuckungen aus.

12.|II. Seit einigen Tagen Besserung des subjectiven Befindens; mehrstündiger Schlaf ohne Narcoticum. Sehr lebhafter Appetit. Im Morgentropfen sind noch Gonococcen nachzuweisen.

15.|II. Absolut kein Ausfluss. Beide Portionen des Harns zeigen bloss eine wolkige Trübung ohne Sediment; in der I. Portion einige kurze Fäden. Eiweiss, Zucker, Indican negativ.

17.|II. Der Condyl. int. fem. dext. und der Malleol. d. sind bei horizontaler Lage des P. höher als die gleichen Gebilde der Gegenseite.

23.|II. Nach dem ersten Gehversuch bedeutende Schmerzen. Bei passiver Bewegung in der Hüfte Schmerzen am Adductorenansatz. Die Contouren des rechten Knies treten wieder deutlich hervor. Die Configuration des l. Knies nahezu normal.

1.|III. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit ergibt quantitative Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit vom Nerven und Muskel. Anscheinend keine Entartungsreaction.

3.|III. Die l. untere Extr. ist vollständig frei beweglich. Die Excursionsfähigkeit in der rechten Hüfte ist hingegen sehr herabgesetzt. Die grössten Schmerzen verursachen Abductionsbewegungen und Rotation nach aussen, u. zw. an der Innenseite des Oberschenkels in der Ansatzgegend der Adductoren. Bei fixirtem Becken gelingt bloss eine Flexionsbewegung von etwa 30°. Die rechte Spina ant. steht beträchtlich höher als die linke. Durch Schiefhaltung des Beckens ist eine scheinbare Verkürzung der r. Extr. bedingt, welche sich in der Weise äussert, dass bei gestrecktem linken Bein der rechte Fuss nur mit den Zehen den Fussboden berührt und der Condyl. int. fem. d. und der Malleolus int. um ungefähr 4 Cm. höher stehen als die gleichnamigen Gebilde der Gegenseite. Ruht die Körperlast auf dem gestreckten rechten Beine, so muss das linke abducirt und flectirt werden. Beim Stehen befindet sich die rechte untere Extr. in der Regel in Adductionsstellung und mässiger Innenrotation. Die Patellarreflexe lebhaft, links etwas stärker als rechts. Links Fussclonus. Bei Berührung der Fusssohlen entsteht ein lebhaftes Zittern in der ganzen berührten Extremität. Cremaster- und Bauchreflexe beiderseits gleich. Temperatur normal. Herzaction rhythmisch. Herztöne klappend. Pulsfrequenz 92.

13.|III. Spontane Schmerzen bestehen nirgends mehr. Auf Druck ist die Gegend an der Innenseite der rechten Patella, ferner hinter dem rechten Fibulakopf und an der Aussenseite der rechten Wade empfindlich. Druck auf den rechten Trochanter erzeugt Schmerzen im Hüftgelenk. Stärkerer Druck auf die Austrittsstellen des rechten N. ischiadicus aus dem Becken ruft gleichfalls noch Schmerzen hervor.



15.|III. Fortschreitende Besserung im Gehen. Bei stärkeren passiven Bewegungen Knarren im rechten Hüft- und Kniegelenk.

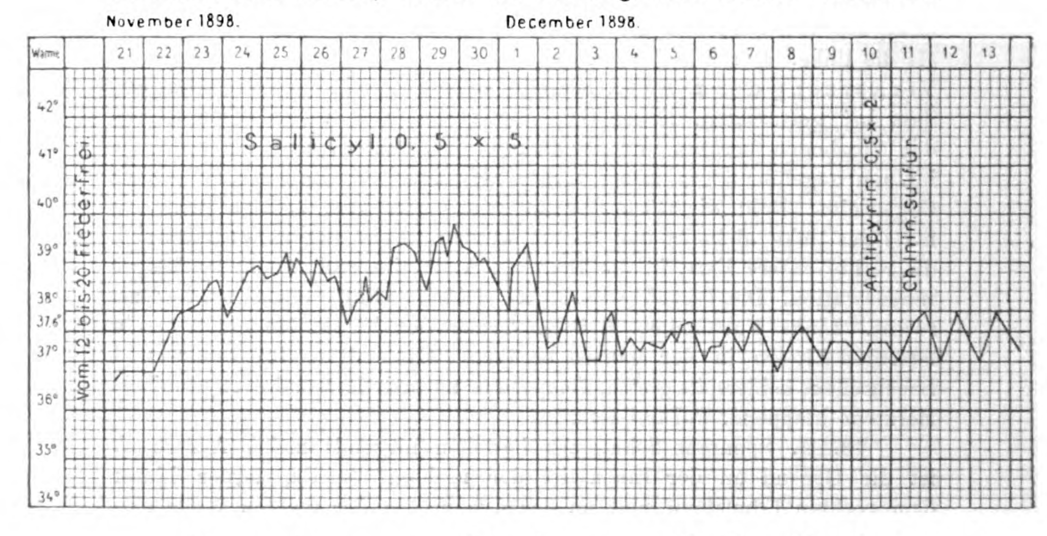
17.|III. Umfang des r. Oberschenkels: oben 40 Cm., Mitte 36 Cm., am oberen Rand der Patella 26 Cm. Umfang des l. Oberschenkels: oben 44½ Cm., Mitte 37 Cm., am oberen Rand der Patella 25 Cm. Wade rechts 26 Cm., links 26 Cm. Patellarreflexe beiderseits lebhaft.

19.|III. Bei der Durchleuchtung mittels Röntgenstrahlen lassen sich keine destructiven Veränderungen an den Hüftknochen, hingegen eine leichte Verdickung des distalen Endes des rechten Femur constatiren. P. sitzt auf dem Tuber ossis ischii der gesunden Seite und hebt dabei die rechte Beckenhälfte. Die rechte Hüfte und das rechte Knie werden beim Sitzen nur im stumpfen Winkel gebeugt. Beim Gehen bedient sich P. einer Krücke.

30.|III. Fortschreitende Besserung der Gebrauchsfähigkeit der rechten unteren Extremität. P. bedient sich beim Gehen eines Stockes, fällt jedoch sehr stark auf die rechte Seite auf. Das Bücken ist bereits mit einiger Anstrengung möglich. Gymnastische Uebungen. Die elektrische Erregbarkeit macht gleichfalls Fortschritte.

1.|IV. Die Trochanterspitze steht rechts um 4 Cm., Spina ant. sup. um 2·5 Cm., Crista ossis ilei. um 2·5 Cm. höher als links. Der allgemeine Kräftezustand in stetiger Zunahme.

3.|IV. Der Harn ist meist in beiden Portionen vollständig klar, nach einer grösseren körperlichen Anstrengung erscheinen in der I. Portion desselben 2—3 kurze Fäden, welche sich als aus Schleim und einzelnen Epithelien zusammengesetzt erweisen. Neben denselben finden sich zahlreiche Coccen, welche die Färbung nach **Gram** beibehalten.



Resumiren wir das in voranstehender Krankengeschichte Enthaltene:



Patient, welcher an Urethritis acuta leidet, wird am 17. Krankheitstage von heftigen lancinirenden Schmerzen längs der Mitte der vorderen Fläche des rechten Oberschenkels befallen. Er klagt ferner über Schmerzen, die zur Innenfläche des Oberschenkels hinziehen und sich namentlich bei Bewegung vermehren. Gleichzeitig verschlimmert sich unter schmerzhaften Erectionen und Pollutionen die Gonorrhoe. Vier Tage später stellen sich neben Fieber die Allgemeinerscheinungen einer Infectionskrankheit ein. Es besteht ein continuirlicher Schmerz in der rechten unteren Extremität, der sich in den Nachmittagsstunden spontan oder bei der geringsten Lageveränderung zu einem unerträglichen Schmerzanfall steigert.

Zu Beginn der dritten Krankheitswoche gesellen sich zu den Schmerzen in der Mittellinie des Oberschenkels Schmerzen in der Bahn des Nervus ischiadicus dexter zu. Tonische, sehr schmerzhafte Spannung der Streckmusculatur wechselt mit vorübergehenden clonischen Krämpfen in der befallenen Extremität ab. Die active Beweglichkeit ist gänzlich aufgehoben, die passive hochgradig gehemmt. Zu beiden Seiten des Ligamentum pouparti tritt wiederholt eine vorübergehende schmerzhafte Schwellung auf. Darreichung von Salicyl erweist sich als nutzlos. Nach 12tägiger Dauer des Fiebers geht die Temperatur zur Norm herab, die Schmerzen dauern jedoch in ungeschwächter Intensität fort. Sobald es die enorme Hyperaesthesie der Haut und Muskeln zulässt, wird eine genaue Untersuchung vorgenommen, bei welcher constatirt wird, dass sich in der Beckenhöhle kein entzündlicher Tumor (Psoasabscess, geschwellte Drüse) findet, das Hüftgelenk wahrscheinlich auch keine grössere Exsudatmenge enthält, dass hingegen neben einer entzündlichen Erkrankung des rechten Kniegelenkes typische Valleix'sche Druckpunkte des Nervus ischiadicus und Nervus cruralis dexter vorhanden sind. Rechts ist der Patellarreflex nicht auszulösen (vielleicht durch die Muskelspannung), links ist derselbe ziemlich lebhaft. Die Fusssohle ist hyperaesthetisch Synchron mit der Exacerbation des gonorrhoischen Processes lässt sich in der Regel eine Zunahme der Schwellung und des Schmerzes beobachten. In der fünften Krankheitswoche greift der Process auch auf die linke Extremität über, geht hier aber früher als

in der zuerst befallenen zurück. An beiden Extremitäten entwickelt sich eine beträchtliche Atrophie der Musculatur, namentlich der Strecker; rechts in stärkerem Masse als links. Während die linke Extremität sich functionell und auch äusserlich sehr bald restituirt, geht die Schwellung des rechten Knies langsam zurück. In der rechten Hüfte und im rechten Knie entwickelt sich (zum Theile vielleicht in Folge der lange innegehabten Adductions- und Einwärts-Rotationsstellung sowie Streckstellung im Knie) eine partielle Ankylose. Hüftkamm, Trochanterspitze und Spina auterior superior stehen rechts einige Centimeter höher als links (siehe Krankengeschichte), wodurch eine scheinbare Verkürzung des rechten Beines bedingt wird. Im Bereiche des r. proximalen Oberschenkeldrittels entwickelt sich eine beträchtliche Muskelatrophie. Die Wirbelsäule zeigt eine geringfügige frontale und sagittale Deviation. Die elektrische Erregbarkeit ist quantitativ herabgesetzt, doch reagiren die Peronei nach wenigen Wochen blitzartig und ist in denselben die Ka SZ > An SZ. Mit Zunahme der activen Beweglichkeit bessert sich die elektrische Erregbarkeit. Mit dem Stadium decrementi der Urethritis fällt auch jenes der Complicationen zusammen. Die Heilung beider erfolgt nach viermonatlicher Dauer.

Dass es sich nach den angeführten Symptomen um eine in zeitlichen Zwischenräumen entstandene Entzündung beider Kniegelenke sowie des rechten Hüftgelenkes gehandelt hat, bedarf erst keiner weiteren Erörterung.

Zahlreiche charakteristische Erscheinungen weisen jedoch unzweideutig auf eine gleichzeitige neuralgische, beziehungsweise neuritische Erkrankung hin. Die typische Localisation der Schmerzen lässt als Sitz einer solchen die beiderseitigen Nervi ischiadici und Nervi crurales erkennen. Ob die Schmerzen an der Innenseite des rechten Oberschenkels auf eine Miterkrankung des Nervus cutaneus femoris posterior (vom Nervus ischiadicus), oder auf die Hüftsgelenkserkrankung, welche, wie beschrieben, eine Contractur der Weichtheile an dieser Stelle zur Folge hatte, zu beziehen ist, lässt sich nicht entscheiden. Dass das Auftreten der Neuritis ein selbständiges und nicht durch Erkrankung der den befallenen Nerven benachbarten Organe secundär bedingtes war, lässt sich I. aus

dem negativen Befunde bei der Abtastung der Beckenhöhle, II. aus dem Mangel der Entartungsreaction zu einer Zeit, zu welcher eine durch Leitungsunterbrechung entstandene Entartungsreaction gewiss noch vorhanden gewesen wäre und III. aus dem Umstande, dass, obwohl die Gelenkserkrankung in den beiden Extremitäten eine ungleichartige war, die Schmerzen doch beiderseits ähnlichen Charakter und dieselbe Localisation hatten, mit der grössten Wahrscheinlichkeit erschliessen. Die linksseitigen Schmerzen bloss auf eine Irradiation zurückzuführen, geht ebensowenig an, als die sämmtlichen Krankheitserscheinungen lediglich als arthrogene aufzufassen.

Wohl warnt Strümpell auf Grund eines beobachteten Falles von Rheumatismus, welcher dem Patienten das Aussehen eines Rückenmarkskranken gab, vor Verwechslung mit spinalen oder neuritischen Affectionen. Ich habe jedoch in der Literatur sonst keinen Fall einer reinen Gelenkserkrankung beschrieben gefunden, welcher eine solche Mitbetheiligung von Seite des Nervensystems aufweisen würde, wie der unsrige.

Es liegt weiters kein zwingender Grund vor, die ischiadischen Symptome als Theilerscheinung einer Meningomyelitis spinalis aufzufassen, da eine Erkrankung des unteren Wirbelsäuleabschnittes nicht nachgewiesen werden konnte und das wichtigste Unterscheidungsmerkmal zwischen der peripheren und der symptomatisch verwandten spinalen Affection, nämlich die Störung der Blasen- und Mastdarmfunction, abgesehen von einer vorübergehenden Retention, niemals beobachtet wurde. Umsomehr befremdet es, dass analoge Symptomencomplexe von französischen Autoren als „Manifestations spinales“ und „Méningo-myélite“ bezeichnet werden.

Aus den angeführten Gründen erscheint es gerechtfertigt zu der Diagnose: Urethritis acuta autero-posterior Lymphadenitis subacuta dextra gonorrhoica Coxitis dextra et Gonitis bilateralis gonorrhoica noch hinzuzufügen: Polyneuritis gonorrhoica extremitatis inferioris lateris utriusque.

Die ätiologische Diagnose hinsichtlich der Gelenks- und Nervenerkrankung ist in Anbetracht des negativen Ergebnisses der bakteriologischen Untersuchung



eine symptomatische. Das Misslingen der Züchtung von Gonococcen ist jedoch angesichts der bekannten technischen Schwierigkeiten nicht als Gegenbeweis zu verwerthen, insbesondere seitdem Kammerer und Andere bewiesen haben, dass die Gonococcen im freien Exsudate selten zu finden sind und in den Metastasen sehr bald zu Grunde gehen.

Es lässt sich nicht verhehlen, dass der Nachweis des Causalitätsverhältnisses zwischen Gonorrhoe einerseits und der Arthritis und Polyneuritis andererseits grossen Schwierigkeiten begegnet, da bei der relativen Häufigkeit des isolirten Vorkommens der angeführten drei Krankheiten in erster Linie an die Möglichkeit der zufälligen zeitlichen Coincidenz zu denken ist.

Es gibt, wie bereits erwähnt, nur wenige Autoren, welche trotz des Nachweises der Pathogenität der aus Metastasen entnommenen und gezüchteten Gonococcen den ursächlichen Zusammenhang zwischen gonorrhoischer Infection und der Entstehung der zweiten Krankheit leugnen, indem sie entweder die Zuverlässigkeit der Befunde bezweifeln oder denselben keine Bedeutung beimessen mit der Motivirung, dass die Gonococcen mit dem Blutstrome zufällig einigemal an solche Stellen gelangt sein konnten, in denen ausserdem die Bedingungen für die Entstehung einer Erkrankung vorhanden waren.

Hinsichtlich der gonorrhoischen Arthritis wird auf die vielen und grossen Widersprüche in der Literatur hingewiesen, welche sich in Bezug auf die Beschreibung der Krankheitserscheinungen, unter welchen sie verlauft, vorfinden. Durch diese Vielgestaltigkeit wurde der Glaube an die aetiologische und pathologisch-anatomische Zusammengehörigkeit erschüttert, wenn nicht vernichtet. Wohl stossen wir in der Literatur auf scheinbar diametrale Angaben z. B. in Bezug auf das Fieber (fehlend — hoch, kurz — langdauernd), die Intensität der Schmerzen (gering — sehr bedeutend), die Zahl der befallenen Gelenke (monoarticuläre — polyarticuläre Erkrankungen), die Localisation (nur das Kniegelenk — viele andere Gelenke), die Beschaffenheit des Ergusses (serös — eitrig), die Complicationen von Seite des Herzens, der Sehnenscheiden und Schleimbeutel (Vorhandensein — Fehlen derselben), die Zeit



der Entstehung der Arthritis (im acuten — chronischen Stadium der Gonorrhoe), die Dauer (Wochen — Monate lang), den Ausgang (Heilung — partielle oder totale Ankylose); doch ist es nicht selbstverständlich, dass bei supponirtem Virus animatum, abgesehen von Mischinfection die Reaction des Organismus gegen ein- und denselben Parasiten in verschiedenen Fällen die grösste Verschiedenheit zeigen muss, je nach der Menge des eingedrungenen Virus, nach seiner Wirksamkeit, nach den für seine Vermehrung und Ausbreitung sich darbietenden Bedingungen und ist es nicht ebenso selbstverständlich, dass auf die Zeit der Entstehung, den Verlauf und den Ausgang der Complicationen viele theils bestimmbare, theils unbestimmbare Momente: Constitution des Kranken, Ernährungszustand, Lebensweise, Trauma, Behandlung etc. den grössten Einfluss besitzen müssen?

Andere Autoren betonen die Unmöglichkeit, vom klinischen Standpunkte die Arthritis gonorrhoica als ein Krankheitsbild sui generis abzutrennen, weil weder sie, noch die differential-diagnostisch in Betracht kommende genuine Arthritis in typischer, scharf abgegrenzter Weise in Erscheinung tritt, so dass die vom schematischen Verlaufe abweichenden Formen beider Arten in sehr vielen Symptomen mit einander congruiren.

Es muss zugegeben werden, dass viele Unterscheidungsmerkmale zwischen dem sogenannten Rheumatismus blennorrhagicus und dem Rheumatismus vulgaris mehr quantitativer als qualitativer Natur sind. Wenn man, wie es die Verfechter der Unität des Rheumatismus thun, den bakteriologischen Standpunkt ganz ausseracht lässt und das Gesammtbild einiger Krankheitsfälle von genuinem einerseits- und specifischem Rheumatismus andererseits in eine Reihe von Gliedern auflöst und das Aehnliche oder Gemeinsame der einzelnen Symptome aus verschiedenen Fällen einander gegenüberstellt, dann kann man an der Möglichkeit der Unterscheidung Zweifel hegen. Auf diese Weise liesse sich behaupten, dass auch zwischen Rachendiphtherie und manchen Formen gewöhnlicher Angina kein Unterschied, oder wenigstens kein stichhaltiges Unterscheidungsmerkmal vorhanden sei.



Die Variabilität der Krankheitsbilder der gonorrhoischen Arthritis innerhalb gewisser Grenzen ist kein ausreichender Grund, um ihre Zusammengehörigkeit, die nahe symptomatische Verwandtschaft mit der genuinen Arthritis, um ihre ätiologische Selbständigkeit zu leugnen.

Die Genese, die Art und Weise des Zusammenhanges derselben mit dem Tripper ist allerdings keine einheitliche, insofern es sich das einemal um eine rein specifische Metastase, das andermal um eine Mischinfection handelt und schliesslich nach einer dritten Annahme die Toxine der Gonorrhoe ein depotenzirendes, das Entstehen von Erkrankungen begünstigendes Moment darstellen können.

Unserem Falle kommen gewisse Characteristica zu, welche ihn im Sinne Fingers als einen polyarticulären, blennorrhagischen, acuten Rheumatismus erkennen lassen. Es seien nur hervorgeboben: das Auftreten im Verlaufe einer Gonorrhoe, die parallel mit einander einhergehenden Exacerbationen und Remissionen von Gonorrhoe und rheumatischen Complicationen, die Tendenz des Ueberganges in ein subacutes Stadium, der Fieberverlauf, die in Intervallen auftretenden monoarticulären Erkrankungen, das Fixirtbleiben der Erkrankung in einem Gelenke nach der Entstehung einer neuen Gelenkerkrankung, die Muskelatrophie, die Resistenz gegen die Salicyltherapie und gegen Nervina, die Art des Verlaufes und des Ausganges.

Hinsichtlich der Aetiologie der peripheren Nervenerkrankung wird sich kaum jemals Gelegenheit bieten, einen directen Nachweis ihrer Specifität zu erbringen. Nach Ausschliessung anderer Momente, welche etwa als Ursache beschuldigt werden könnten, wird bloss mit Wahrscheinlichkeit der causale Connex zwischen Gonorrhoe und Nervenaffection angenommen werden müssen.

Welche Bedeutung der retrospectiven Angabe unseres Patienten, dass er sich möglicherweise erkältet, und dass er einige hüpfende Bewegungen gemacht habe, zugeschrieben werden kann, lasse ich unentschieden. Es dürfte sich wohl kaum um mehr als ein veranlassendes Moment gehandelt haben.

Als anatomisches Substrat der neuralgischen Symptome stelle ich mir in unserem Falle eine ausschliessliche

oder vorwiegende Erkrankung des Perineuriums vor. Die Betheiligung des Endoneuriums war jedenfalls eine geringe.

Die Frage, ob es sich genetisch um eine directe bakterielle oder bloss um eine durch Toxine verursachte Entzündung gehandelt hat, lässt sich nicht beantworten.

Die Therapie bestand im acutesten Stadium local in der Lagerung der kranken Extremität in einem Petitschen Stiefel und Application zunächst eines Eisbeutels, später von feuchtwarmen Umschlägen, im weiteren Verlaufe von heissen Leinsamen-Umschlägen. Die schmerzhaften Gelenke wurden mit Jodsable oder Ichthyolsalbe gedeckt. Innere Mittel liessen uns im Stiche. Nach längerer Darreichung von Natrium salicylicum wurde Salol, Salosantal, Antipyrin, Chinin, Phenacetin und Jodkalium angewendet. Symptomatische Wirkung hatten nur die Narcotica, in erster Linie Morphin in Form von subcutanen Injectionen; Codein und Heroin, innerlich gereicht, brachten nur geringe Linderung. Im Stadium decrementi traten Massage, elektrische Behandlung und warme Bäder in ihre Rechte. Zum Schlusse leisteten gymnastische Uebungen in einem hiesigen medico-mechanischen Institute nach Dr. Zander gute Dienste.

Literatur.

1. Gutherz. Neuralgia nervi pudend. int. 1852. — 2. Peter Doppelseitige Ischias als Symptom einer Rückenmarkserkrankung im Verlaufe der Gonorrhoe. Gazette hebdomadaire, 1866. — 3. Fournier Alfred. De la Sciatique blennorrhagique. Memoires de la Société méd. des hôp. de Paris pour l'année 1868. L'Union 140, 142, 143. — 4. Scarenzio. Giorn. ital. delle malad. vener. ed mal. del pelle. Nov. 1868. Viertelj. für Derm. u. Syph. I. 1869. — 5. Coutagne Henry. Deux cas de névralgie crural coincidant avec une blennorrhagie. Annales de derm. et syphiligraphie, 1868/70. — 6. Galliard. Reflexischias und Orchiepididymitis blenn. Gaz. méd. 1878. Nr. 50. — 7. Fränkel A. Zur Lehre von der gon. Rheumatoiderkrankung. Charité-Annalen, 1886, Bd. XI. p. 182. — Idem. Berlin. Klin. Wochenschrift, 1886. Nr. 34. — 8. Hayem et Parmentier. Contribution à l'étude des manifestations spinales de la blennorrhagie. Revue de méd. 1888. Nr. 6. Archiv f. Derm. u. Syph. 1889. — 9. Charier et Fevrier. Manifestations spinales de la blennorrhagie. Revue de méd. 1888. — 10. Dufour. Des méningo-myélites blennorrhagiques. Thèse de Paris, 1889. — 11. Jaroschewski. Ein Fall von blenn. Rheumatismus mit nachfolgenden spinalen Symptomen. St. Petersburger med. Wochensch. 1890. 5. — 12. Raymond P. Les complications



nervenses de la blennorrhagie. Gazette des hôp. LXIV. 1891. p. 103. Schmidt's Jahrb. Bd. 232. — 13. Spillmann et Haushalter. Contribution à l'étude des manifestations spinales au cours de la blennorrhagie Revue de méd. Août 1891, p. 651. — 14. Polozoff. Méningo-myélite d'origine blennorrhagique. Roussk. medyc. 1891. La France médicale. Année 1891. Nr. 42. — 15. Trapeznikoff. La méningo-myélite au cours d'une blennorrhagie. Société russe de syph. et derm. 1891. Journ. de mal. cut. et syph. 1892. — 16. Leyden. Ueber gon. Myelitis. Zeitschrift für Klin. Medicin. 1892. XXI. 5. 6. — 17. Engel-Reimers. Beiträge znr Erkenntniss der gon. Nerven und Rückenmarkskrankheiten. Jahrb. der Hamburg. Staatskrankenanstalten II. 1892. — 18. Panas. Nevrite optique d'origine blennorrhagique. Archiv für Derm. u. Syph. 1892. XXIV. 781. — 19 Raynauld. Manifestations spinales et névroses dans la blennorrhagie. Jour. de mal. cut. et syph. 1892. 5. — 20. Róna S. Casuistische Beiträge zu den Entzündungen der Sehnenscheiden, Muskeln u. periph. Nerven im Verlaufe der Gonorrhoe. Arch. f. Derm. u. Syph. 1892. XXIV. Erg.-H. p 247. — 21. Finger E. Die Blennorrhoe der Sexualorgaue. 1893. — 22. Durdufi. Ueber die Tripperinfection als aetiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. Ref. Neurolog. Centralblatt 1893. 17. Archiv f. Derm. u. Syph. XXVII. 284. — 23. Pombrak A. Ein Fall von Paralyse der unteren Extremität als Complicationserscheinung der Gonorrhoe. Wratsch 1893. Nr. 4. Arch. f. Derm. u. Syph. XXX. 134. — 24. Russloff. Zur Casuistik der Erkrankungen des Centralnervensystems bei Gonorrhoe. Medicinskoje Obosrenje, 1893. 4. Archiv f. Derm. u. Syph. XXX. 134. — 25. Barrié. Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorrhagique. Thèse de Paris, 1894. Ref. Archiv für Dermat. u. Syph. 1895. XXXIII. 309. — 26. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1894. — 27. Cros. Contribution à l'étude des localisations de la blennorrhagie sur les nerfs périfériques. Montpellier, 1894. Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. XXX. 133. — 28. Tambourer. Troubles du système nerveux et blennorrhagie Société de Neuropathologistes et d'aliénistes de Moskou. 21. janvier. 1894. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1895. XXXIII. — 29. Pitres. Accidents cérébraux dans le cours de la blennorrhagie. Revue neurologique, 1894. p. 441. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1895. XXXIII. p. 308. — 30. Venturi. Psicopatia blennorragica. Riforma medica, 1894. Nr. 95. 96. Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. 1895. XXXIII. 309. — 31. Cullerre. La Folie blennorrhagique. Annales de med. psych. 1894. Ref. Archiv f. Derm. u. Syph. 1895. XXXIII. 309. — 32. Campbell. Nevro rétinite causée par la gonorrhoe. Annales d'oculistique, 1896. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. XXXIX. 300. — 33. Welander E. Gonorrhoe, mit Polyneuritis complicirt. Polyneuritis gonorrhoica. Nordiskt Medicinskt Arkiv. 1898. Festband. Tillegnadt Key Nr. 8.

Aus der Abtheilung für Haut- und venerische Krankheiten des St. Stephanspitals (Vorstand Docent Dr. S. Róna) in Budapest.

Vier Fälle von extragenitalem weichen Schanker.

Von

Dr. **J. Csillag,**
Aspirant der Abtheilung.

Mit der Entdeckung des Ducrey-Unna'schen Bacillus und mit dem Nachweise, dass dieser Bacillus nur für den schankrösen Process charakteristisch ist, haben sich unsere diagnostischen Hilfsmittel um ein neues vermehrt.

In einem Artikel über die Aetiologie des Ulcus venereum (Orvosi Hetilap 1899) bezeichnete ich die Fälle, in denen die Constatirung des Ducrey-Unna'schen Bacillus sowohl vom diagnostischen, als auch therapeutischen Standpunkte aus wichtig, ja zuweilen unentbehrlich ist.

Eine Gruppe dieser Fälle bilden die extragenitalen Schankerinfectionen, deren Bilder sich den verschiedenen Localisationen entsprechend sehr verschieden gestalten können, anderntheils sind dieselben, weil sie nur selten beobachtet werden, so wenig studiert, dass sie mit den verschiedensten Eiterprocessen verwechselt werden können.

Bis nun haben folgende Autoren in Fällen von extragenitalem Schanker den Ducrey-Unna'schen Bacillus nachgewiesen, beziehungsweise durch mikroskopische Bacillenbefunde verificirte Fälle von extragenitalem Schanker mitgetheilt: Cheinisse,[1]) der bei einem jungen Bäcker am linken Ring-

[1]) Chancres simples des doigts. Journ. des mal. cut. et syphil. 1894. p. 12.



und am rechten Zeigefinger die durch den Befund von Ducrey'schen Bacillen bekräftigte Diagnose auf Schanker gestellt hat; Rouanet.[1]) in dessen Falle der Schanker auf der Regio supraclavicularis localisirt war und in welchem Audry den Ducrey'schen Bacillus nachwies; Emmery und Sabourand[2]) fanden im Secrete und in dem Gewebe der Wandung eines Zungenschankers, Krefting[3]) in einem Fingerschanker, der für ein Panaritium angesehen wurde, Sorel[4]) in einem Schanker über dem rechten malleolus internus. in einem anderen Falle in der wegen Filzläuse rasirten Schamgegend im Schanker, der an der Stelle einer durch das Rasiren gesetzten Wunde aufgetreten war, also eher als peri-, denn als extragenitaler Schanker zu bezeichnen wäre, dann schliesslich Sibut,[5]) der bei Fällen von Fingerschanker die Diagnose durch den Bacillenbefund verificirt hat. In den letzten Jahren sind meines Wissens nur 1—2 Fälle veröffentlicht worden, bei denen der Untersuchung auf Bacillen keine Erwähnung gethan ist.

In Bezug auf die Häufigkeit der extragenitalen Schanker geht aus den gesammten hierauf bezüglichen französischen Daten — nach der Zusammenstellung von Cheinisse[6]) (1894), die sich selbstverständlich nur auf Frankreich erstreckt — hervor, dass auf 3956 genitale Schanker zusammen 99 extragenitale kommen (2·5%). Während also in Frankreich bis 1894 99 Fälle zur Veröffentlichung gelangten, ist in der ungarischen ärztlichen Literatur der erste Fall jener, den mein Chef Herr Dr. Róna in der Decembersitzung 1895 der Gesellschaft der Spitalsärzte vorgestellt hat und den zu beobachten ich selbst Gelegenheit hatte. In diesem Falle fand keine Bacillenuntersuchung statt. Seitdem waren wir in der Lage, drei weitere Fälle zu demonstriren.

---

[1]) Arch. med. de Toulouse 1895. Nr. 1—2.

[2]) Annal. de dermat. et de syph. 1896 p. 198.

[3]) Extragenitale ulcera mollia. Norsk. Mag. vor Laeger. 1896 pag. 158.

[4]) Deux observations de chancres simples extragenitaux. Chancre susmalleolaire. Chancre du penis. Journ. des mal. cut. et syph. 1896 pag. 417.

[5]) Chancres mous des doigts. Annal. de derm. et de syph. 1898 pag. 376.

[6]) Ibidem.

Diese vier von uns beobachteten Fälle sind folgende:

1. Fall (demonstrirt durch Herrn Prim. Dr. S. Róna in der Sitzung vom 11. December 1895 der Gesellschaft der Spitalsärzte). M. J., 40 Jahre alt, ledig, Taglöhner, wurde am 14. November 1895 mit multiplen Schankern des Penis und des Hodensackes auf die Abtheilung aufgenommen. Gleichzeitig war auf dem linken Ringfinger eine Quetschwunde mit reiner Basis, die durch das Darauffallen eines Kohlenstückes entstanden war. Diese Quetschwunde verblieb auch geraume Zeit hindurch rein, bis eines Tages der Verband vom Penis herunterfiel und der Kranke damit herumhantirte und die Wunde am Finger inficirte. Am 30. November bereits war an Stelle einer heilenden Wunde ein typischer Schanker zu constatiren: es hatte sich die Wunde in ein Geschwür mit rothem breiten Hofe, mit zerfressenen, unterminirten Rändern und mit gelblichem Belage umgewandelt. In der linken Cubitalgegend waren zwei, in der linken Achsel mehrere bohnengrosse Lymphdrüsen zu fühlen.

2. Fall (demonstrirt durch Secundärarzt Dr. A. Elek am 29. September 1898 in der Sitzung der Gesellschaft ungarischer Dermatologen und Urologen). M. J., 30 Jahre alt, Bäckergeselle, kam am 12. September 1898 auf die Abtheilung mit seit 3 Wochen bestehenden Geschwüren am Gliede, die er mit einer gelben Salbe behandelte. Vor 2 Wochen stach er sich beim Brettspalten mit einem rostigen Nagel in die rechte Hand zwischen Daumen und Zeigefinger; auf die Wunde legte er Diachylonpflaster. Dieselbe heilte nicht, sondern schwoll an, an der Spitze erhob sich eine Blase, welche aufbrach und die Wunde vergrösserte sich hierauf stetig. Seit einer Woche kann Kranker die Vorhaut nicht zurückziehen.

Status praesens: Phimose, starker eitriger Ausfluss aus dem Vorhautsacke, am Rande der Vorhaut vier bis hellergrosse, mit gelblichem Eiter belegte, theilweise unterminirte Geschwüre mit weicher Basis. Leistenlymphdrüsen bohnengross. Die Haut zwischen Daumen und Zeigefinger der rechten Hand lebhaft roth, mässig geschwollen und schmerzhaft, in der Mitte ein erbsengrosses, gelblich belegtes, mässig eiterndes, unterminirtes Geschwür.

Die mikroskopische Untersuchung des Detritus, sowie des unmittelbar darauf excidirten Handgeschwüres hat typisch angeordnete, vereinzelte und in mehrfacher Reihe stehende Ducrey-Unna'sche Bacillen in grosser Anzahl ergeben.

Die Behandlung bestand in diesem Falle, wie oben erwähnt, in der Excision des Geschwüres; die zurückgebliebene Wundfläche wurde nach den Regeln der Chirurgie weiter behandelt. Ein Recidiv trat nicht auf.

3. Fall (demonstrirt durch den Verfasser in der Gesellschaft der Spitalsärzte am 11. Jänner 1899). F. L., 16 Jahre alt, Schmiedgeselle,



kam am 17. December mit seit 4 Wochen bestehenden Geschwüren am Genitale auf die Abtheilung. Vor 12 Tagen verletzte er sich mit dem Hammer den Mittelfinger der rechten Hand; über der Verletzungsstelle entstand nach einigen Tagen eine Pustel, die stets weiter um sich griff.

Status praesens: Phimose. Auf der inneren Vorhautlamelle der Eichel sind zahlreiche linsengrosse, belegte, zerfressene, unterminirte, sehr schmerzhafte Geschwüre. Die erste und die zweite Phalange des rechten Mittelfingers sind um die Hälfte verdickt, über dem zweiten Phalangealgelenke besteht ein unregelmässig geformtes, ausgebuchtetes, nagelgrosses Geschwür mit unterminirten Rändern, mit gelblichem, schwer abhebbarem Belage, welches in einer ungefähr thalergrossen Circumferenz von blasenförmig aufgehobener Epidermis umgeben wird. Ein lymphangoitischer, rother Streifen zieht sich am inneren Rande der rechten oberen Extremität hinauf, eine haselnussgrosse, nicht schmerzhafte Drüse fühlt man in der rechten Cubitalgegend, eine ebensolche in der rechten Achselhöhle. In der linken Cubitalgegend ist keine Drüse zu tasten.

Nach Entfernung des eiterigen Belages des Fingergeschwüres wurde von dem der Basis entnommenen Detritus ein Präparat gemacht; in diesem fanden sich an mehreren Stellen Ketten von typischen Unna'schen Streptobacillen.

Der Fingerschanker wurde nach vorhergehender Reinigung der Umgebung alle zwei Tage energisch mit einem Sublimattampon ausgerieben, darauf mit Jodoformpulver bestreut und mit Jodoformgase verbunden.

Am 12. Jänner 1899 verliess Kranker mit halbgeheiltem, rein granulirendem Fingerschanker die Abtheilung, nachdem sich die genitalen Schanker schon früher überhäutet hatten.

4. Fall (demonstrirt von dem Verfasser in der Gesellschaft der Spitalsärzte am 11. Jänner 1899). H. L., 27jähriger, lediger Handlungsgehilfe, kam am 22. December 1898 mit seit 3—4 Wochen bestehenden Genitalschankern, die bisher mit Kupfersulfatlösung behandelt wurden, auf die Abtheilung. Vor 2—3 Wochen schlug er sich mit einem Eisenstücke auf den rechten Zeigefinger, der hierauf anschwoll. Die Wunde eitert seitdem fortwährend.

Status praesens: Phimose; am Vorhautrande ringsum zahlreiche hanfkorn- bis erbsengrosse, gelblich belegte, unterminirte, schmerzhafte Geschwüre mit weicher Basis. In der linken Leistengegend eine taubeneigrosse, schmerzhafte, von dunkelrother Haut bedeckte Hervorwölbung. Ueber der ersten Phalange des rechten Zeigefingers eine bohnengrosse, mit gelblichem Eiter gefüllte Blase; nach Entfernung derselben und nach dem Abwischen des Eiters ein ebensogrosses, mit gelblichem Belage bedecktes, von einem dunkelrothen Hofe umgebenes, ziemlich oberfläch-



liches Geschwür mit wurmstichigem Grunde. Auf dem rechten Unterarm entlang den Lymphbahnen ein röthlich verfärbter Strang, welcher in der Höhe der rechten Cubitalgegend in eine zweithalergrosse, dunkelrothe, schmerzhafte, infiltrirte, nicht fluctuirende, über das Hautniveau sich mit verwischten Grenzen ein wenig emporhebende flache Volumsvergrösserung endigt.

Unter dem Mikroskope waren in dem Detritus, das von der Oberfläche des Fingerschankers entnommen wurde, typische Unna'sche Streptobacillen in spärlicher Anzahl zu sehen.

Die Behandlung dieses Falles bestand im Ausreiben des Fingerschankers und Jodoformverband, und zwar jeden zweiten Tag. Nach zweimaligem Verbandwechsel war der Schanker vollkommen überhäutet. Gegen die Lymphangioitis und Lymphadenitis wurde antiphlogistisch vorgegangen, der Arm in vollkommene Ruhe versetzt, worauf in kurzer Zeit die Lymphangioitis vollständig zurückging, während die Lymphadenitis am 12. Jänner 1899 noch als haselnussgrosser, halb weicher, jedoch nicht schmerzhafter Knoten mit Abschilferung der umgebenden Hautoberfläche bestand.

Diese Fälle wurden, wie oben berührt, als selten beobachtet in der Gesellschaft der Budapester Spitalsärzte und in der Gesellschaft ungarischer Dermatologen und Urologen vorgestellt; die blosse Thatsache jedoch, dass wir die letzten 3 Fälle innerhalb der kurzen Zeit von 4 Monaten auf unserer Abtheilung zu beobachten Gelegenheit hatten, und zwar ohne dass die Zahl der genitalen Schanker in auffallender Weise auf unserer Abtheilung zugenommen hätte, spricht dafür, dass die extragenitalen Schanker nicht gar so selten sind, als wir bisher geglaubt haben. Dann besonders werden wir dieselben nicht selten beobachten, wenn wir speciell darauf hin die Kranken untersuchen, d. h. wenn wir selbst beim einfachsten genitalen Schanker die ganze Körperoberfläche untersuchen und keine einzige eiterige oder geschwürige Läsion ausser Acht lassen und besonders die auf der Hand und den Fingern befindlichen Läsionen, die einer Autoinfection besonders ausgesetzt sind, oder hinter welchen sich die schon erfolgte Infection bergen kann, einer präcisen klinischen und mikroskopischen Untersuchung unterziehen, wie dieses auf unserer Abtheilung gegenwärtig in jedem Falle geschieht.

Die Vornahme derartiger Untersuchungen ist auch sonst besonders auf den Abtheilungen allgemeiner Krankenhäuser für

Geschlechtskranke wünschenswerth, da dahin Kranke aus den für die Reinlichkeit am wenigsten empfindlichen und am wenigsten intelligenten Schichten gelangen und so einestheils am meisten den verschiedenen Hautverletzungen ausgesetzt sind, anderntheils am wenigsten über die Autoinfectionsfähigkeit ihrer Krankheit unterrichtet sind. So ist in unseren Fällen in Bezug auf die Beschäftigung einer Taglöhner, einer Schmiedgesell, der dritte Bäckergesell und nur der vierte ein Kaufmannsgehilfe.

Nothwendig ist diese genaue Untersuchung einestheils darum, damit wir die vorhandenen Läsionen durch Occlusivverbände vor Autoinfection schützen — nicht bloss durch gute, dem Kranken gegebene Rathschläge — anderentheils darum, damit wir den bereits Inficirten die nothwendige Behandlung angedeihen lassen. Auf diese Weise verhüten wir gleichzeitig, dass der Kranke, während wir seinen genitalen Schanker behandeln, einen extragenitalen erwirbt, wie dies in unserem ersten Falle geschehen ist, weiters dass während der genitale Schanker behandelt wird, da auf diesem die Hauptaufmerksamkeit des Arztes und des Kranken gerichtet ist, der schon vorhandene extragenitale Schanker unbehandelt oder mangelhaft behandelt weiter um sich greift, wie es in unserem zweiten Falle geschehen ist, bei welchem unser geehrter Primarius einige Tage nach der Spitalsaufnahme des Kranken bei der wöchentlichen Hauptvisite unsere Aufmerksamkeit auf das Wesen des Processes auf der Hand lenkte, zum Schlusse, dass wir die Affection unter unrichtiger Diagnose behandeln, wie dies z. B. im Falle von Krefting geschehen ist, bei welchem der Fingerschanker eine Zeit hindurch als Panaritium behandelt wurde.

Behufs Vermeidung der Autoinfection halten wir es für nothwendig zu betonen, dass sowohl in allgemeinen Krankenhäusern, als in Ambulatorien, als auch in der Privatpraxis der Arzt womöglich selbst den Kranken behandle und womöglich den Schanker mit einem Occlusivverbande versehe.



Vaccina generalisata und deren Pathogenese.

Von

Professor Dr. **Alex. Haslund**,
Kopenhagen.

(Schluss.)

Wie oft die generalisirte Vaccine vorkommt, ist nicht leicht, ja eigentlich unmöglich zu erfahren; die leichteren Fälle mit nur wenig aberranten Blasen kommen kaum oder nur ausnahmsweise zur Kenntniss der Aerzte; und selbst wenn es geschieht, ist es ja deshalb nicht gesagt, dass sie berichtet werden, indem mancher Arzt wohl kaum je von einer Vaccine generalisata reden gehört hat, und das ganze vielleicht als eine gleichgiltige Sache auffasst, was es ja in praktischer Hinsicht auch ist, indem sie wenigstens in Bezug auf die leichteren Fälle kaum eine Behandlung erfordert. Bei anderen Fällen wenn sie nicht genauer untersucht werden, stellt man vielleicht die Diagnose: Impetigo, dem es auch bei einer oberflächlichen Betrachtung ähnlich sehen kann; wieder andere fassen es als Schafblattern auf, womit sie eine noch grössere Aehnlichkeit haben, und mit denen sie eher verwechselt werden können, namentlich wenn man vergisst, die Schleimhäute zu untersuchen; denn währenddem die Schafblattern beinahe immer dort zu finden sind, und oft sogar in nicht geringen Mengen, hat man noch nie einen Fall von Vaccina generalisata gefunden, bei dem sich die Blasen auf die Schleimhäute localisirt hatten. Von einer Verwechslung mit Pocken kann natürlicherweise die Rede sein, namentlich wenn man während einer Pockenepidemie eine Vaccina generalisata antrifft; die stärkeren Prodromen



und das bedeutendere Angegriffensein des Allgemeinbefindens bei Pocken werden doch dazu beitragen, dass die richtige Diagnose gestellt wird; und meistens ist ja vorher eine Impfung vorgenommen worden, was doch nicht immer der Fall zu sein braucht. Die Krankheit kann von geimpften Kindern auf andere Nichtvaccinirte überführt werden, doch ist es nothwendig, dass bei diesen Solutiones continuii, wodurch das Virus eingeimpft wird, vorhanden sind, wie es bei vielen Hautkrankheiten, besonders Eczemen der Fall ist. Es liegen in der Literatur gar nicht so wenig Fälle von dieser Ansteckungsart vor; 3 von Wetterer's Patienten waren nicht selbst geimpft, aber bekamen die Krankheit durch intimen Umgang mit vaccinirten Geschwistern; aus München werden auch drei solche Fälle mitgetheilt, und einer (von Peter erwähnt), über den ich aber nichts näheres erfahren konnte.

Peter's eigener Fall behandelt einen 5jährigen Knaben mit chronischem Eczem, der von der älteren Schwester angesteckt wurde, mit der er in derselben Badewanne badete. Es wird gerade in Bezug auf diesen Fall mitgetheilt, dass man beim Anblick des Patienten an Pocken denken musste, so verbreitet war die Efflorescenz.

Darling[1]) beobachtete einen 17jährigen Jungen, der in seiner frühesten Jugend mit positivem Resultat geimpft worden war. Beim Melken einer Kuh, die am Euter Vaccine hatte, bekam er eine Menge Blasen an den Händen, hierauf am Rumpf und am Kopf, ja sie confluirten fast im Gesicht; „er sah ganz wie ein Pockenpatient aus". Die ganze Krankheit dauerte 21 Tage.

Bei einer sorgfältigen Untersuchung und einer genauen Anamnese wird man doch wohl kaum einen Fall von generalisirter Vaccine verkennen können. Die Blasen selbst sind so charakteristisch, und haben einen so ausgesprochenen Typus, dass sie nicht leicht mit irgend einer anderen Morphe der Hautpathologie verwechselt werden kann.

Ich habe mich, um annäherungsweise die Häufigkeit bestimmen zu können, an die königliche Vaccinationsanstalt zu

[1]) Brit. med. Journal 13. December 1890, pag. 1362.

Kopenhagen gewendet, um durch sie zu erfahren, wie viele Fälle von Generalisation zu ihrer Kenntniss gekommen sind. Dr. med. J. Bondesen hat mir mit seiner gewöhnlichen Liebenswürdigkeit und Bereitwilligkeit sein Material zur Verfügung gestellt, das aber, wie er bemerkt, keine absolute Sicherheit in Bezug auf die überhaupt vorkommende Anzahl der Fälle bietet, indem ja gerade die aberranten Blasen oft erst nach dem 8. Tage auftreten, an dem die Geimpften besichtigt werden. Da, soviel ich weiss, die Kinder auch nicht ganz nackt besichtigt werden, sondern nur die Impfstelle, können ja zerstreute Blasen von der Mutter sehr leicht versteckt werden, oder auch ihrer Aufmerksamkeit entgehen. — In der Literatur ist, so viel ich weiss, nur eine einzige Angabe in Bezug auf die Häufigkeit zu finden; diese stammt von Chauveau, der sagt, dass bei 500.000—600.000 Impfungen nur 6—8 Fälle von Generalisirung vorkommen. Dieser Ausspruch beruht, glaube ich, auf einer ganz oberflächlichen Berechnung, so dass dessen Werth höchst problematisch ist.

In Folge Dr. Bondesen's Angaben sind in der königl. Vaccinationsanstalt vom Jahre 1888 bis zum November 1898 im Ganzen 39.915 Kinder geimpft worden; bei diesen sind nur 4 Fälle von Vaccina generalisata zu seiner Kenntniss gekommen; von diesen 4 Fällen sind zwei in das Communespital zu Kopenhagen gekommen (meine Observationen Nr. II und III); die anderen zwei sind zu Hause behandelt worden; die zwei Fälle sind aus den Jahren 1895 und 1896, die zwei anderen beide aus dem Jahre 1898; in Bezug auf die zwei letzten bemerkt er, dass sie merkwürdigerweise beide mit Lymphe von demselben Kalb geimpft worden sind, was man aber doch als einen Zufall betrachten muss. Wenn sich die Vaccine von diesem Kalb durch besonders kräftige Eigenschaften in Bezug auf die Virulenz ausgezeichnet hätte, so hätte sich ja entschieden bei mehreren Kindern, die mit derselben Vaccine geimpft worden sind, Vaccina generalisata gezeigt. Bei dem einen der Fälle (vide meine Obs. II) hatte der Knabe, als er geimpft wurde, ein ziemlich starkes chronisches Eczem und die generalisirte Eruption war ziemlich stark. Bei dem zweiten Fall, ein $6^1/_2$jähriger Knabe, entstanden nur ein paar einzelne Blasen;

er hatte sonst keine Hautkrankheit. Der dritte Patient (Obs. I), den ich am Communespital beobachtet habe, ist gleichfalls an der königlichen Vaccinationsanstalt am 21. August 1894 geimpft worden; ich habe mich erkundigt, ob am 8. Tage bei der Besichtigung der Pusteln etwas zu bemerken war; im Protokoll ist nur zu finden, dass die Blasen nur schlecht angeschlagen haben, eine generalisirte Eruption wurde nicht bemerkt; wenn also die Angaben der Mutter (vide die Krankengeschichte) wahr sind, dass sich gleichzeitig mit den Blasen an der Impfstelle eine Menge Pusteln und Blasen an anderen Stellen der Haut zeigten, muss sie dies bei der Besichtigung in der Anstalt gut zu verstecken gewusst haben. Dieser Knabe hatte auch vor der Impfung keine Art von Hautkrankheit und die Efflorescenz war sehr bedeutend.

Von den Districtsärzten des ganzen Landes sind an die königl. Vaccinationsanstalt Berichte über 170.576 Impfungen aus den Jahren 1893—1897 gekommen. Bei diesen sind 3 Fälle vorgekommen, die nach Dr. Bondesen's Meinung als Vaccina generalisata bezeichnet werden müssen; eine genauere Beschreibung der Fälle liegt aber nicht vor, so dass deren Zuverlässigkeit nicht constatirt werden kann.

Ich habe auch noch einen Fall aus einem Landdistrict mitgetheilt bekommen, der im Monat Juni des Jahres 1898 beobachtet wurde, und über welchen mir der Districtsarzt gütigst Auskunft gegeben hat. (Siehe unten.)

Wenn wir nun also die 3 zweifelhaften Fälle nicht mitrechnen, so haben wir im ganzen 6, bei denen die Diagnose keinem Zweifel unterworfen sein kann; diese sind unter 310.000 Geimpften vorgekommen. Die Häufigkeit der generalisirten Vaccine scheint also bei uns nicht umso weniger grösser zu sein, als in Frankreich, wenn man sich, wie gesagt, auf Chauveau's Angaben verlassen kann.

Es wird angegeben, dass die Krankheit ebenso gut bei Revaccinirten auftreten kann als wie bei solchen, die zum ersten Male geimpft worden sind, was ja auch an und für sich sehr wahrscheinlich ist. Ich habe noch keinen Fall von Vaccina generalisata bei Revaccinirten gesehen, und habe auch in der Literatur keinen solchen mitgetheilt gefunden, mit Ausnahme



von Darling's Fall, wo der Knabe, der als Kind geimpft wurde, in seinem 17. Jahre von einer Kuh angesteckt wurde.

Die Prognose der Krankheit ist in der Regel eine gute; wenn alle Blasen herausgekommen sind, so hört gewöhnlich das Fieber auf, und der Patient befindet sich wohl, und die einzelnen Elemente der Efflorescenz haben einen typischen Verlauf. Wenn vorher irgend eine oder andere Hautkrankheit vorhanden gewesen ist, sieht man nicht selten, dass diese nicht unwesentlich verschlimmert wird, so wie es bei meinem Fall (Obs. II) geschah, wo das Eczem in der Genickregion der Sitz eines starken Ausbruches der Impfblasen wurde, und nur sehr schwer geheilt werden konnte. Einige Autoren haben gemeint, dass ein solches Zusammentreffen von Vaccina mit einer chronischen Hautkrankheit einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der letzteren haben könne, ein Faktum, wofür man in der Hautpathologie bei anderen Infectionen Beweise hat, z. B. bei Rothlauf; aber der Vaccina gegenüber ist dies nicht stichhältig; ich glaube sogar, dass man ruhig sagen kann, dass sich die bestehende Hautkrankheit in der Regel unter diesen Verhältnissen verschlimmert.

Es liegen aber in der Literatur einige einzelne Fälle vor, wo die generalisirte Vaccine den Tod herbeigeführt hat, ohne dass es schien, als ob die Kinder vor der Impfung besonders kränklich oder schwächlich gewesen wären. Ich habe 3 solche Fälle gefunden. Lacour,[1]) von dem der erste Fall herrührt, theilt mit, dass ein Kind, das Eczem hatte, geimpft wurde, und bei dem an allen Stellen der Haut, wo dieses war, eine grosse Menge von Impfblasen entstanden; die Krankheit nahm das Kind so her, dass es einen Monat nach der Impfung starb. Dann hat Gaucher[2]) einen Fall aus dem Hospital Necker mitgetheilt, wo ein 1 Monat altes Kind geimpft wurde und zwar mit positivem Resultat am 8. Tag; aber schon am 9. Tag zeigte sich unter starken Fiebererscheinungen ein universeller Ausbruch von Impfblasen, und im Laufe der Tage, währenddem sich das Allgemeinbefinden immer mehr verschlimmerte,

---

[1]) Lyon médicale, août 1889.

[2]) l. c.

entstanden neue Blasen. Das Kind schien während der Eruption gestorben zu sein. Von einer vorhergegangenen Hautkrankheit wird bei diesem Kinde keine Erwähnung gemacht, ebenso wie auch eine Beimerkung fehlt, ob das Kind besonders schwächlich gewesen sei.

Zuletzt findet man noch bei Wetterer's[1]) 4 Fällen einen, der ein 8 Monate altes Kind mit Eczem an beiden Wangen behandelt; eine zweijährige Schwester wurde geimpft, und einige Tage darauf (c. 5 Tage nachdem ihre Impfblasen ihren Höhepunkt erreicht hatten) wurde das erstere Kind krank, bekam Fieber und Erbrechen; am nächsten Morgen bemerkte man eine starke Schwellung und Röthe des ganzen Gesichtes und der Schultern; am selben Abend entstanden Blasen im Gesicht und am Handrücken, und im Laufe der nächsten Tage entstanden immer neue Blasen unter Fiebererscheinungen. Erst 8 Tage nach Beginn der Krankheit hörte das Entstehen von frischen Blasen auf, aber das Fieber blieb, die Temperatur war 39—40°, das Kind hatte Erbrechen, starke Krämpfe und starb, ohne dass sich der Zustand änderte.

Dies schien ein sehr ernster Fall von universeller Eruption gewesen zu sein; das der Abhandlung beigegebene Bild des Gesichtes des Kindes sieht ganz confluirenden Pocken ähnlich.

Die Blasen hinterlassen nicht immer Narben, und wenn solche da sind, sind sie oft ganz klein und flach, kaum so hervortretend, wie die Impfnarben. Juan Azna[2]) bespricht übrigens einen Fall, wo ein 7jähriger Knabe, der in seinem 5. Jahre geimpft worden war, und eine generalisirte Vaccine mit 30 zerstreuten Blasen gehabt hat, jetzt noch keloide Narben nach sämmtlichen Blasen hatte.

Die Behandlung der generalisirten Vaccine muss ganz symptomatisch vorgenommen werden; ist starkes Jucken vorhanden, muss die Haut gepudert werden; entsteht eine Ulceration der Blasen in Folge von Kratzen und Infection, kann man sie mit einer indifferenten Salbe bedecken, oder mit einem antiseptischen Epitema.

---

[1]) l. c., pag. 380.

[2]) Revesta clinica de los hospetales 1890, pag. 41 (referirt: Annales de dermatologie et syphilografie 1891, pag. 239).

Eine vorbeugende Verhaltungsmassregel, die wohl beachtet werden sollte, ist die, Kinder, die an einer Hautkrankheit leiden, nicht zu impfen, sondern zu warten, bis diese behoben ist. Man meint nämlich, dass Kinder mit einem solchen Leiden eher dazu geneigt sind, die generalisirte Vaccine zu bekommen, als Kinder mit einer gesunden Haut. Es ist ja möglich, dass ein solcher Zustand der Haut mehr zur Generalisirung disponirt; mein Materiale bekräftigt dies nicht; nur einer der Patienten litt vor der Impfung an einem chronischen Eczem. Wie oben bewiesen, bewirkt die Vaccination nicht selten ein Aufflackern oder eine Verschlimmerung der schon bestehenden Hautkrankheit, und schon aus diesem Grund sollte man bei jenen Fällen die Impfung aufschieben. Glaubt man an die Autoinoculationstheorie, sollte man es absolut einhalten, da das Hautleiden ja gewöhnlich mit Jucken verbunden ist, das den Patienten zum Kratzen auffordert. Schutzkapseln an der Impfstelle, die öfters in Deutschland angewendet werden, könnten ganz zweckmässig sein; gegen die Vaccina generalisata, von einer Person auf die andere überführt, würden sie ja ihren Zweck erreichen. Ob sie das Individuum selbst gegen eine solche Complication beschützen können, bezweifle ich sehr. Sie können es aber verhindern, dass der Patient durch Kratzen die Impfstelle selbst inficirt; und da diese Infectionen mitunter einen recht ernsten Charakter haben können, z. B. in Form eines Rothlaufes, so ist guter Grund dazu vorhanden, sie überall einzuführen zu versuchen.

Ich will nun die Fälle von Vaccina generalisata mittheilen, die ich selbst beobachtet habe und die vom Lande aus zu meiner Kenntniss gekommen sind. Jedem einzelnen Fall werde ich kurze epikritische Bemerkungen beifügen und die Gründe anführen, weshalb ich die Generalisirung nicht als eine Autoinoculation betrachte, sondern als ein Zeichen einer allgemeinen Infection mit spontanem Ausbruch von Blasen.

Observation I.

Elof Jörgensen, 3 Jahre alt, Sohn einer Witwe, kam in das Communespital zu Kopenhagen am 11./IX. 1894 und wurde am 24./IX. 1894 entlassen.



Die Mutter gibt an, das Kind sei 3 Wochen vor der Ankunft im Spital geimpft worden; 8 Tage später zeigten sich die Risse an beiden Armen wie normale Impfblasen, aber g l e i c h z e i t i g kamen über die ganze Haut zerstreut eine Menge Pusteln und Blasen, ganz derselben Beschaffenheit; die meisten wurden aber doch zu nichts, indem sie ein paar Tage nach dem Erscheinen wieder eintrockneten; es kamen aber immer wieder neue, obwohl nur wenige. Das Kind hat bis kurz vor der Ankunft Fieber gehabt, hat schlecht geschlafen, mitunter delirirt; Krämpfe sind keine gewesen, auch weder Schnupfen noch Husten, die Verdauung ist in Ordnung gewesen.

Das Kind sah bei der Ankunft schlecht aus, hatte aber kein Fieber, Tp. 37·4/37·2, die Functionen in Ordnung. E r k r a t z t e s i c h n i c h t. Am rechten Oberarm sieht man dunkle, eingetrocknete Krusten nach den Impfblasen, worunter die Haut natürlich ist; um die Krusten herum ist doch eine geringe Abschälung. Am linken Arm sind zwei Krusten, die flache Ulcerationen bedecken; der dritte Riss zeigt noch eine mit dickem Eiter gefüllte Blase, deren Umkreis stark roth infiltrirt und empfindlich ist.

Um die Affection am linken Arm herum findet man grössere und kleinere, runde, theilweise gruppirte, oberflächliche Ulcerationen, die auf rothem, infiltrirten Grund sitzen und von denen einige mit Krusten bedeckt sind. Am rechten Nates und hinunter am Schenkel sind eine Menge kleiner linsen- bis erbsengrosse Blasen, die alle denselben Charakter haben, auf rother, geschwollener Haut sitzen und deren Inhalt eine trübe, eiterige Flüssigkeit ist und die alle einen deutlichen Umbo haben, ausserdem findet man in dieser Gegend eine Menge runde, dicke Krusten, von denen mehrere dunkel gefärbt sind. Am übrigen Theil der Haut verbreitet, sogar auch am Haarboden, findet man isolirt stehende Blasen verschiedenen Alters, einige ganz frische, und andere, die im Begriffe sind einzutrocknen; ausserdem flache Ulcerationen, Krusten und Narben.

An den Schleimhäuten sind keine Efflorescenzen. Alle Drüsen sind geschwollen und etwas empfindlich.

Unter einem Verband mit

Ungu. oxyd. plumbici
c. oleo vaselini

lösten sich die Krusten los und die Ulcerationen heilten; und während des Aufenthaltes im Spital kamen keine frische Efflorescenzen. 13 Tage nach der Ankunft konnte er mit vollständig geheilter Haut wieder entlassen werden.

Am Tage nach seiner Ankunft hatte man eine Krankenwärterin mit dem Inhalt einer der frischen Blasen des Kindes geimpft; sie ist die letzten 37 Jahre nicht geimpft worden; die Impfung hatte aber ein negatives Resultat.

Leider beobachteten wir ja das Kind nicht vom Beginne der Krankheit an; aber die Mutter, die den Eindruck einer sehr verlässlichen, intelligenten Person machte, versicherte mit grosser Bestimmtheit, dass

die am Körper zerstreuten Blasen ganz gewiss gleichzeitig mit der Blasenbildung an der Impfstelle auftraten.

Im Laufe der 14 Tage, dass die Krankheit dauerte, fühlte sich das Kind unwohl, hatte Fieber und es zeigten sich täglich frische Blasen. Ein paar Tage bevor es zu uns kam, hörte das Fieber auf und von dem Augenblicke an zeigte sich keine neue Eruption auf der Haut. Die Mutter sagte auch mit grosser Bestimmheit, das Kind habe nie früher irgendwelche Hautkrankheit gehabt und die Untersuchung hier im Spital zeigte auch, dass auch nicht die allergeringste Spur einer solchen vorhanden war. Die Impfstellen am rechten Arm waren in Bezug auf Heilung viel weiter vorgeschritten als die am linken Arm, wo der Process so ziemlich verzögert war, indem ja noch eine Blase mit fliessendem Inhalt zu finden war. Inwiefern die zwei mit Krusten bedeckten Ulcerationen gekratzt worden waren, konnte man nicht sehen; die Mutter glaubte nicht, indem sie bestimmt behauptete, dass das Kind kein Jucken gehabt hat. Im Spital wurde es auch nicht bemerkt, dass sich das Kind gekratzt hätte.

Der Verlauf war in Bezug auf die einzelnen Efflorescenzen ein ganz normaler; die Blasen trockneten ein, die Krusten fielen ab und hinterliessen beinahe überall nur ganz flache Narben.

Das gleichzeitige Auftreten der sehr verbreiteten Efflorescenz der aberranten Blasen mit den Blasen an den Impfrissen, das Eruptionsfieber, das Fehlen einer juckenden Hautaffection, das plötzliche Aufhören der Eruption, alles spricht gegen eine Autoinoculation und zu Gunsten eines im Blute circulirenden Virus.

Observation II.

Johann Kirchhejner, 12 Jahre alt, Sohn eines Malers. Kam in's Spital am 22./II. 1898 und wurde am 11./IV. 1898 wieder entlassen.

Der Patient hat seit seiner frühesten Kindheit an „Scrophulose“ gelitten und ist durch 5 Jahre am Seehospiz zu Refsnas behandelt worden, von wo er im Monat Januar dieses Jahres entlassen wurde.

Ueber sein Eczem kann nichts erfahren werden; in seinem Genick und an den Unterextremitäten hat er aber allem Anscheine nach längere Zeit chronisch infiltrirte Hautpartien gehabt.

Vor 8 Tagen wurde er geimpft, 3 Impfungen an jedem Arm; vor 5 Tagen zeigten sich beginnende Blasen, sowohl an den Armen sowie am Halse.

Er ist klein gewachsen und hat ein ausgesprochenes lymphatisches Aeusseres, ist blass und hat eine hervortretende Oberlippe, worauf eine Röthe ist, die sich hinauf bis zum Naseneingang erstreckt. Am Kopf, am Hals und in den Leistengegenden sind die Drüsen stark geschwollen, an den übrigen Stellen aber weniger. Das Allgemeinbefinden ist ein gutes, Tp. 37·4/37·7; er hustet nicht, hat guten Appetit, die Entleerung in Ordnung. An beiden Oberarmen sieht man eitergefüllte Blasen in den Impfrissen, die von rother, geschwollener Haut umgeben sind.



In der ganzen Genickgegend, sowohl an den behaarten wie unbehaarten Theilen, findet man einen nässenden Ausschlag, der theilweise mit Krusten bedeckt ist; er erstreckt sich auf die Ohren und auf den äussern Gehörgang. Auch am übrigen Theil des Haarbodens sind einzelne Pusteln. In der Peripherie des nässenden Eczems sieht man deutliche Vaccineblasen mit trübem Inhalt; im Genick sind 6 Blasen auf unbeschädigter, nur etwas gerötheter Haut; im Gesicht eine einzelne ähnliche. Am rechten Oberarm sind 6 charakteristische Blasen im Begriffe einzutrocknen. Auf der übrigen Haut findet man nur vereinzelte kleine Krusten, wie nach abortiven Blasen, sowie einzelne linsen- bis erbsengrosse rothe Papeln, die hie und da mit Krusten bedeckt sind. Auf der Aussenseite des linken Beines ist eine kinderhandgrosse eczematöse Partie, wo die Haut roth, glatt, glänzend und infiltrirt ist; auf diesem Fleck und in dessen Umkreis ist keine Blase zu sehen.

Verband mit

Ungu. oxyd. plumbici
c. oleo. vaselini.

Es kam keine Efflorescenz und die zerstreuten Blasen hatten einen normalen Verlauf, nur diejenigen, die in der Peripherie des nässenden Eczems waren, wollten nicht heilen, sondern hatten die längste Zeit eine erbsengrosse, erhöhte, granulirende Fläche, die dem Rande des eczematösen Fleckes einen bogenförmigen und Guirlanden ähnliches Aussehen gab. Auch in der Mitte des nässenden und stark geschwollenen eczematösen Fleckes sah man mehrere solche kleine hervorspringende Flecken, die man als Reste der Blasen nicht verkennen konnte, die aber bei der Ankunft nicht bemerkt worden waren.

Das Eczem heilte nur langsam, und erst am 11. April konnte er als geheilt entlassen werden. Die Narben der aberranten Blasen waren überall deutlich sichtbar, obwohl sie weniger ausgesprochen waren, als an beiden Oberarmen, wo die Impfung stattgefunden hatte.

Diesen Patienten konnten wir also schon in einem früheren Stadium der Krankheit beobachten als den vorigen und wir konnten uns überzeugen, dass die am Körper zerstreuten Blasen denen an der Impfstelle ganz ähnlich waren, namentlich in Bezug auf die Beschaffenheit des Inhalts; nur einzelne, bei denen der Inhalt weniger trübe zu sein schien, waren frischer.

Ausserdem konnten wir constatiren, dass die Blasen am Oberarm, wo die Impfung gemacht worden war, vollständig unbeschädigt waren, so dass eine Ueberführung des Inhalts durch die Nägel des Kindes an andere Hautstellen, die wahrscheinlich juckten, ganz ausgeschlossen werden konnte.

Die Blasen, die auf der unbeschädigten Haut waren, hatten denselben normalen Verlauf wie die an der Impfstelle; währenddem aber diejenigen, die am Rand oder in der Mitte des nässenden Eczems ihren Platz hatten, wahrscheinlich wegen der Infection des suppurirenden



Theiles nur sehr langsam heilten und denselben Verlauf wie das Eczem hatten, während sie doch durch ihre runden Contouren und convexe Oberfläche die ganze Zeit von ihren Umgebungen deutlich abstachen.

Die ganze Eruption war bei diesem Patienten geringer wie die bei dem ersten; theils waren weniger Blasen, theils war ja der Zeitraum, in dem die Eruption vorging, ein viel kürzerer, nur ein paar Tage, währenddem sie beim ersten Patienten 10—12 Tage dauerte. Ich will nur noch ausdrücklich bemerken, dass man flache Narben in der Haut nach allen den vorhanden gewesenen Blasen finden konnte. Auch bei diesem Patienten kann keine Rede von einer Autoinoculation sein, schon der unbeschädigte Zustand der Impfblasen ist ja ein Gegenbeweis dafür.

Observation III.

Clara Pelant, $2^1/_2$ Jahre alt, Tochter eines Schneidergesellen, kam in's Spital am 5./IX. 1896 und wurde am 20./IX. 1896 wieder entlassen.

Das Kind ist früher immer gesund gewesen; es wurde am 18./VIII. 1896 mit positivem Resultat geimpft, hat sich seitdem wohl befunden und gut gegessen und geschlafen. Wann die Hautkrankheit begonnen hat, kann nicht erfahren werden. Sie ist blass und recht gut genährt. Tp. 34/37·2.

An beiden Oberarmen sieht man kinderhandgrosse, rothe, geschwollene Partien, in deren Mitte man eine confluirende Ulceration mit nekrotischen Partien im Centrum bemerkt; der rechte Arm am meisten angegriffen. Um diese entzündeten und ulcerirenden Flecke herum sind eine Menge Pusteln und Blasen, die kleinsten ganz frisch und mit klarem Inhalt, die grössten erbsengross, haben einen deutlich ausgesprochenen Umbo; mehrere sind im Begriff einzutrocknen.

In Folge der aus der königl. Vaccinationsanstalt eingeholten Aufschlüsse sollen die Blasen ein paar Tage nach der Besichtigung in der Anstalt, also etwa 10 Tage nach der Impfung, aufgetreten sein; es wird nicht angegeben, inwiefern die Impfblasen unbeschädigt waren. Sie war aus einer sehr schmutzigen Familie, wo viele Kinder waren. Der Ulcerationsprocess an der Impfstelle rührt ja wahrscheinlich von einer Infection durch schlechte Behandlung her. Die Localisation der secundären Blasen könnte beinahe darnach aussehen, als ob sie von einer Autoinoculation des Secretes der Impfblasen herrühre, indem sie nur an beiden Oberarmen zu finden war; das Kind hatte aber am ganzen Körper so zahlreiche Merkmale von Insectenstichen, dass es kaum möglich ist, dass sie beim Kratzen nur die in der Nähe der Impfstellen liegenden Hautpartien inficirt haben soll, währenddem sie ja doch Jucken am ganzen Körper hatte.

Der Ursprung der Blasen kommt mir in diesem Fall als etwas zweifelhaft vor; wenn es der Fall ist, dass die Blasen zwei Tage nachdem das Kind in der Vaccinationsanstalt besichtigt wurde, zum Vorschein gekommen sind, können sie kaum von einer secundären Infection durch Kratzen herrühren, da ja die Incubationszeit zu kurz wäre; und weshalb



kommt denn dann an andern Hautstellen, die doch auch unzweifelhaft gejuckt haben, keine Infection?

Ich bin sehr dazu geneigt, das Entstehen der Blasen als eine spontane Eruption, die geringe Anzahl als Ausdruck einer leichteren generellen Infection und deren Localisation als von der starken Congestion an jener Hautstelle, wo sie aufgetreten sind, abhängig zu erklären.

Observation IV.

Aase Bang.

Das Kind wurde in der königl. Vaccinationsanstalt am 5. Januar 1895 vaccinirt. Bei der Besichtigung am 12. Januar hatten alle Risse ein positives Resultat ergeben und man fand ausserdem auf dem einen Schenkel eine charakteristische Impfblase. In Folge Mittheilung eines Privatarztes, der ein paar Tage später zu dem Kinde gerufen wurde, war eine sehr bedeutende Eruption typischer Blasen am ganzen Körper sichtbar.

Inwiefern das Allgemeinbefinden des Kindes ein leidendes war und wie die Krankheit verlief, darüber fehlen alle Aufschlüsse. Wahrscheinlich ist die Efflorescenz schon ganz entwickelt gewesen, als der Arzt gerufen wurde und, wie es gewöhnlich geht, hat das Fieber um diese Zeit aufgehört.

Es wird auch nicht bemerkt, ob das Kind vor der Impfung eine andere Hautkrankheit hatte; aber man darf wohl vermuthen, dass dies nicht der Fall war.

Dass es sich hier um eine spontane Eruption der Impfblasen handelt und um keine Autoinoculation, ist wohl zweifelsohne; schon am 8. Tage nach der Impfung war ja die Eruption entstanden und die zuerst bemerkte Blase war ja ebenso alt wie die an den Impfstellen.

Observation V.

Emma Amelung, 6½ Jahre.

Das Kind wurde in der königl. Vaccinationsanstalt am 22. Februar 1898 geimpft. Am 1. März wurde es besichtigt und man fand Blasen in allen 6 Rissen. Ausserdem fand man in der Mitte des linken Oberarms und am Rücken, dem rechten Schulterblatt entsprechend, je eine kleine, vollständig typische Impfblase. Bei erneuerter Untersuchung waren alle Blasen eingetrocknet und es waren keine Anzeichen zu einer neuerlichen Eruption.

Auch bei diesem Falle, der ja als eine besonders schwache Infection aufgefasst werden muss, da nur zwei Blasen waren, kann von einer Autoinoculation keine Rede sein; gegen eine solche spricht nicht allein der Zeitpunkt des Erscheinens der Blasen, sondern auch die Localisation der einen an einer Stelle des Körpers, wo sich das Kind unmöglich kratzen konnte.

Observation VI.

2 Jahre altes Mädchen.

Das Kind wurde am 1. Juni 1898 geimpft und am 8. Juni besichtigt; sie hatte stark entzündete Impfblasen an beiden Armen und etwas



Fieber. Am 11. Juni sah sie der Arzt wieder und er fand dann zwei typische Impfblasen am rechten Labium majus dext. und eine am linken Nasenflügel. Mehrere Monate später zeigten sich deutliche Narben am Oberarm und ein kleiner weisser Fleck an der Stelle bei der Nase, wo die Blase gewesen ist; am Labium majus waren keine Merkmale einer Infection.

Diese Mittheilung rührt vom Herrn Distriktarzt Haugsted aus Bradstrup in Jütland her. Er sagt in einem Brief an mich, dass er annimmt, die aberranten Blasen seien durch Ueberführung des Eiters von den ursprünglichen Impfblasen, die stark entzündet waren, entstanden. Mir kommt diese Erklärung unwahrscheinlich vor; wenn sie schon am 11. Tage ganz entwickelt waren, so musste die Infection ja schon am 3. Tage nach der Vaccination stattgefunden haben, denn die aberranten Blasen müssen doch dieselbe Incubationszeit haben wie die anderen und an diesem Tage war doch wohl noch kaum eine Reaction, viel weniger eine Blasenbildung an der Impfstelle vorhanden. Ich fasse daher auch diesen Fall als ein Beispiel einer spontanen Eruption auf.

Nachschrift.

Nachdem die obenstehende Abhandlung ausgearbeitet war, bin ich auf eine Mittheilung aufmerksam gemacht worden, die der belgische Militärarzt Froumy bei der „Conférence scientifique de l'hôpital de Namur“ am 29. November 1897[1]) gemacht hat. Da sie sehr interessante Facta enthält, die ganz meine Auffassung der Pathogenese der Vaccine generalisata stützen, werde ich mir erlauben, ein kurzes Referat derselben mitzutheilen.

Froumy revaccinirte am 16. October 175 Cadetten mit animaler Vaccine. Er bemerkt ausdrücklich, dass sie alle vollständig gesund waren, und dass keiner von ihnen an einer Hautkrankheit litt. Sie waren alle als Kinder mit positivem Resultat geimpft worden, und einige von ihnen waren in den späteren Jahren revaccinirt worden.

Das Resultat war Folgendes: 64 bekamen normale Impfblasen, 56 weniger gute, und bei 55 hatte die Revaccination ein negatives Resultat ergeben.

Von den 64 waren 8, die eine Eruption von Papeln und Blasen im Gesicht, am Rumpf und an den Extremitäten bekamen; sie entstanden gleichzeitig mit den Blasen an der Impfstelle, aber waren nicht wie jene mit einem Umbo versehen. Das Allgemeinbefinden war nicht in Mitleidenschaft gezogen, und die Blasen trockneten ein, ohne Narben zu

[1]) Archives médicales Belges. Octobre 1898, pag. 217.



hinterlassen. (Dies muss also als eine abortive Form von generalisirter Vaccine betrachtet werden.)

In 12 Fällen kam eine verbreitete Eruption von typischen Impfblasen am Rumpf, den Extremitäten und im Gesicht; das Allgemeinbefinden war ein wenig angegriffen und die Blasen zeigten sich bei 11 von den 12 Cadetten gleichzeitig mit denen an der Impfstelle; beim 12. kamen sie erst 23 Tage nach der Revaccination. (Hier hat es sich also um eine verzögerte Immunität gehandelt.)

Bei 4 der 12 Fälle wurde die Eruption sehr stark, so dass sie Variolae ähnlich sah; sie hatten nicht nur ein sehr bedeutendes Eruptionsfieber (Temp. 40°) und prodromale Erytheme, sondern die Blasen zeigten sich auch an den Schleimhäuten, sie bekamen Angina, Bronchitis, ein Einzelner sogar profuse Diarrhoe. Die Blasen trockneten ein und hinterliessen oberflächliche Narben.

Froumy macht ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die Vaccine einen und denselben Ursprung hatte. Also dieselbe Vaccine hatte theils ganz gewöhnliche Resultate, theils sehr bedeutende Phänomene mit generalisirter Eruption, und theils schlug sie gar nicht an.

Man kann daher nicht der Vaccine die Schuld geben, sondern muss absolut seine Zuflucht zu verschiedenen Prädispositionen bei den verschiedenen Individuen, die vaccinirt worden sind, nehmen. Ausserdem wird noch mitgetheilt, dass der Director der Impfanstalt auf Veranlassung einer Anfrage erklärt hat, dass er auch nicht eine einzige Mittheilung von anderen Aerzten, die denselben Impfstoff bezogen haben, bekommen hat, wo von einem abnormen Resultat der Vaccination oder Revaccination die Rede ist.

Ich finde, dass diese Mittheilung in hohem Grad unsere ganze Aufmerksamkeit verdient, nicht nur weil es sich dabei um eine grosse Anzahl von Fällen von generalisirter Vaccine als Resultat derselben Lymphe handelt, sondern auch, weil es die ersten beobachteten Fälle von aberranten Blasen an den Schleimhäuten sind.



Aus der Syphilisklinik der kgl. Charité (Dir. Prof. Dr. Lesser.)

Ueber Exantheme bei Gonorrhoe.

Von

Dr. med. **A. Buschke,**
Assistent der kgl. Universitätspoliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.

(Schluss.)

IV. Hyperkeratosen.

Ich komme nunmehr zur letzten Gruppe der im Verlauf der Blennorrhoe auftretenden Hautaffectionen: den Hyperkeratosen. Sie bilden zweifellos die interessantesten und für die Anschauung von causalem Zusammenhang der Gonorrhoe und Hautaffectionen werthvollsten Theil der einschlägigen Beobachtungen. Erst in den letzten Jahren sind die hieher gehörigen Fälle mitgetheilt, und ich habe Berichte nur über vier einander ausserordentlich analoge Beobachtungen gefunden, eine von Jacquet, eine von Vidal, eine von Jeanselme und eine jüngst referirte von Chauffard. Ich will die drei letzten Beobachtungen kurz mittheilen:

I. Fall von Vidal: Ein 24jähriger Mann acquirirt im Februar 1892 die zweite Gonorrhoe. Im Mai treten Schmerzen im rechten Knie und an anderen Gelenken auf. Schon in den ersten Tagen des April zeigen sich dicke, hornige Auflagerungen auf dem rechten Knie, später auch an den Händen, Füssen, besonders den Handtellern und Fusssohlen. Die Gonorrhoe war mit Cubeben und Copaiva vorbehandelt worden und noch nicht geheilt. Pat. ist abgemagert, kachektisch, hat ausserdem eine Conjunctivitis. Es sind erkrankt: das rechte Knie- und Schultergelenk, das Gelenk zwischen der I. und II. Phalanx des rechten Mittelfingers. Ziemlich symmetrisch zeigen sich über den ganzen Körper vertheilt harte, hornige, trockene Auflagerungen ohne Spur von Feuchtigkeit. Am Stamm und den Extremitäten finden sich sehr grosse Plaques, am Kopfe



und dem Gesicht kleine disseminirte Herde. Am Herzen und sonst nichts Abnormes.

Am 15. Mai werden einige neue Gelenke befallen, auf dem Rücken sind einige neue Hautherde aufgetreten. Einzelne Nägel der Finger gehen verloren. Die Affection zog sich bis zum 3. Januar 1890 hin. Pat. wurde dann geheilt entlassen. Keine Narben, Nägel regenerirt.

Am 8./XI. 1892 acquirirt derselbe Pat. eine neue Gonorrhoe. Am 8. Tage stellt sich eine doppelseitige Conjunctivitis ein. Dann stellt sich ein Hydarthros im rechten Knie ein, allmälig erkranken auch andere Gelenke und nun stellt sich dasselbe generalisirte Exanthem ein, wie beim ersten Tripper mit ähnlichem Verlauf.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um eine in den oberen Schichten der Cutis und des Papillarkörpers sich abspielende Entzündung mit Hyperkeratose handelte. Bakterien wurden nicht gefunden.

II. Fall von Jeanselme. Ein 24jähriger Mann kommt am 29./V. 1895 in's Hospital. Er acquirirte am Anfang April eine Gonorrhoe. Eine Woche ev. später erkrankte zuerst das rechte Hüftgelenk, dann beide Kniegelenke, welche anschwollen und schmerzhaft wurden. Ausserdem wurde die Gegend des rechten inneren Malleolus schmerzhaft. Drei Wochen nach dem Auftreten des Rheumatismus erschienen an der Dorsalfläche der grossen Zehe hornige Auflagerungen, welche im weiteren Verlauf sich auch auf der Rückfläche der anderen Zehen bildeten und dann auf der rechten Fusssohle. Bei der Aufnahme ergab sich folgender Befund: Schwach muskulöser und äusserst anämischer Mann. Temperatur normal. Geringer Ausfluss aus der Urethra. Die Kniee geschwollen, nicht schmerzhaft; es besteht deutlicher Hydarthros. Schwellung der Achillessehnengegend rechts und Schmerzhaftigkeit dortselbst.

Auf der Dorsalfläche der linken grossen Zehe finden sich schmutzigbraune dicke Hornauflagerungen ebenso an der Rückfläche des I. Metatarsophalangealgelenks. Aehnliche aber kleinere Auflagerungen finden sich auf der Rückfläche der 4. und 5. Zehe und auf der Nagel-Matrix der fünften; sie hat zum Verlust des Nagels geführt. Am äusseren und inneren Fussrande, an der Fusssohle finden sich dieselben Eruptionen; ebenso finden sie sich in ähnlich symmetrischer Weise am rechten Fusse, nur minder stark ausgebildet. Die Anamnese ergab keine weiteren Anhaltspunkte für die Genese der Hautaffection, welche sich kurz nach Beginn der Gonorrhoe entwickelt hatte. Die Affection bildet sich nach ca. 6 Wochen zurück.

Bemerkenswerth war, dass weder die Basis noch die Ränder der erkrankten Hautbezirke irgend welche Entzündungserscheinungen darboten.

Jeanselme glaubt, dass durch das gonorrhoische Virus eine centrale Nervenläsion hervorgerufen ist, welche die Ursache dieser symmetrischen trophischen Störung ist.



III. Fall von Chauffard: Ein 22jähriger Mann hatte im Anschluss an eine Gonorrhoe unter schweren Allgemeinerscheinungen Endocarditis, multiple Gelenkaffectionen, Epididymitis und Nephritis bekommen; der Zustand war ausserordentlich bedrohlich. Das gleiche Krankheitsbild entwickelte sich bei einer zweiten gonorrhoischen Infection. Beidemal traten Hauterscheinungen auf: sehr starke Hornauflagerungen an den Füssen, dem Rücken, der Glans penis, der Innenfläche der Oberschenkel. Mikroskopisch zeigte sich eine geringe Entzündung des Papillarkörpers und Wucherung und Verhornung des Stratum mucosum. Ch. glaubt, dass die Virulenz des gonorrhoischen Giftes die Ursache dieser Hauterscheinungen bilde ebenso wie der Grund für die übrigen schweren Krankheitssymptome.

Wenn wir nunmehr, bevor wir zu der Besprechung der einzelnen in Betracht kommenden Gesichtspunkte übergehen, noch einmal die in der Literatur beobachteten und von uns berichteten, in Zusammenhang mit Gonorrhoe vorkommenden Hautaffectionen betrachten, so drängt sich uns in erster Linie die Erscheinung auf, dass die äussere Form der Exantheme in der That ausserordentlich mannigfaltig ist. Wir sehen einfache Erytheme, Papeln, tiefere, dem Erythema nodosum ähnliche Infiltrate, Blasenbildung, Blutungen und übermässige Verhornungen unter den als gonorrhoisch beschriebenen Exanthemen auftreten. In der überwiegenden Zahl handelt es sich allerdings bei den einzelnen Krankheitsfällen um im wesentlichen einheitlich gestaltete Ausschläge, deshalb war es auch möglich, die Einzelbeobachtungen in verschiedene Gruppen unterzubringen, wie ich es versucht habe. In einer anderen Anzahl von Fällen wird das Krankheitsbild von einer Exanthemart beherrscht und dazu gesellt sich dann diese oder jene Hauteruption; und in einer dritten Gruppe treten neben- und nacheinander verschiedene Hauteruptionen in gleichmässiger Form auf. Die Exantheme sind nicht an bestimmte Körperregionen gebunden, sondern localisiren sich überall, höchstens die behaarte Kopfhaut ist besonders selten betroffen. Auch die Schleimhäute des Mundes, des Rachens und des Auges bleiben besonders bei den ganz acuten Exanthemen nicht verschont. In Bezug auf die Entstehung der Exantheme ist nun ziemlich gleichmässig zu beobachten, dass sie sich sehr schnell entwickeln, dagegen ist der weitere Verlauf ausserordentlich mannigfach.



Wir beobachten Exantheme, welche — wie die scharlachähnlichen — in einigen Stunden den ganzen Körper überziehen und nach 24 Stunden schon völlig verschwunden sind mit Hinterlassung einer geringen Hautabschuppung. Dem gegenüber dauern andere im Verlauf der Gonorrhoe sich entwickelnde Ausschläge über Wochen und Monate, indem hier das Exanthem abblasst und nach einiger Zeit an anderen Stellen neue Eruptionen sich entwickeln. Ebenso mannigfaltig wie die äusseren Erscheinungsformen und die Zeitdauer sind auch die anderen am Körper im Zusammenhang mit dem Exanthem beobachteten Krankheitserscheinungen.

In erster Linie die Temperaturverhältnisse. Wir finden Exantheme mit völlig normaler Temperatur und andererseits solche mit sehr hoher Temperatursteigerung. Die äussere Form des Exanthems steht in keiner directen Analogie mit den Fieberverhältnissen, denn wir sehen bei ein- und derselben Exanthemform in einem Falle normale Temperatur und bei dem anderen hohes Fieber auftreten. Auch der Fiebertypus kann ganz verschiedenartig sein. Das Fieber kann, nachdem es schnell hoch angestiegen ist, kritisch oder lytisch absinken. Auffallend und bemerkenswerth erscheint der von uns in dem ersten berichteten Fall beobachtete intermittirende Fieberverlauf, welcher fast völlig entspricht den Temperaturverhältnissen in dem von Welander berichteten Fall, wie ein Blick auf beide Temperaturcurven zeigt. Der Fieberverlauf ähnelt in der That ausserordentlich dem bei Malaria.

Herr Professor Lesser hat auf diesen Fiebertypus bereits gelegentlich seines auf dem letzten Dermatologencongresse gehaltenen Vortrages über die Ischias gonorrhoica hingewiesen. Er hat zur Erklärung folgende Hypothese herangezogen: das gonorrhoische Gift dringt in die Blutbahn ein und erzeugt einen hohen Anstieg der Temperatur; unter diesen ungünstigen Temperaturverhältnissen geht das gonorrhoische Virus zu Grunde und nun fällt die Temperatur ab, um dann wieder anzusteigen, wenn von Neuem eine Gifteinschleppung in die Blutbahn stattfindet. Die Temperaturverhältnisse nun bei diesen Krankheitsfällen sind zweifellos nicht wesentlich oder in den meisten Fällen überhaupt nicht durch das Exanthem bedingt; sie hängen



Fall Welander.





Eigene Beobachtung (Fall I.)

von einer Anzahl anderer Factoren ab, theils vielleicht der Virulenz des Giftes, theils der Reactionsfähigkeit des Organismus, ferner vor allem aber wohl von den anderen, die ursprüngliche Krankheit complicirenden Erscheinungen: sei es den mehr localen Complicationen. wie der Nebenhodenentzündung, Blasenerkrankung, Prostatitis etc., sei es den metastatischen Localisationen, wie Gelenk-, Herz- und Nierenerkrankung. Die Exantheme treten fast immer im frischen Stadium der Gonorrhoe auf, oder bei länger bestehendem Tripper doch wesentlich bei localen floriden Erscheinungen. Fast immer ist ausser einer localen Complication irgend eine metastatische Erkrankung vorhanden, am häufigsten, resp. fast immer Gelenkerkrankung, in einer grossen Zahl von Fällen Herzcomplicationen, Endocarditis und Pericarditis, und beispielsweise in dem Falle von Welander Nephritis. In dem zuerst von uns beschriebenen Falle und in der Beobachtung von Welander fand sich ausserdem eine Milzschwellung. Das Umgekehrte ist indessen keineswegs der Fall, dass z. B. die Endocarditis oder Gelenkerkrankung sich mit Exanthemen gewöhnlich compliciren, das lehrt schon ein Vergleich der relativen Häufigkeit der ersteren und der Seltenheit der letzteren gonorrhoischen Complication; denn die Exantheme gehören nächst den Nervenkrankheiten zu den seltenen Complicationen des gonorrhoischen Krankheitsprocesses. Wovon es abhängt, dass in dem einen Falle ein Exanthem entsteht und in dem anderen nicht, das ist absolut nicht zu sagen, keineswegs hängt das etwa gerade von der besonderen Schwere der localen Krankheitserscheinungen oder wie ich das schon oben bemerkte, von den weiteren schweren Complicationen ab. Aus diesem Grunde spielt auch das im Verlauf der Gonorrhoe auftretende Exanthem für die Beurtheilung des gesammten Krankheitsfalles für die Prognose keine wesentliche Rolle, sondern diese Beurtheilung hängt ebenso wie in anderen exanthemfreien Fällen ab von dem Verlauf der localen Krankheitserscheinungen, von der Schwere der sonstigen Complicationen und dem Allgemeinzustand des Patienten. Eine specielle Behandlung des Exanthems ist meistens nicht erforderlich. Bei tieferen Infiltraten werden durch feuchte Verbände und Ruhiglagerung die entzündlichen Erscheinungen gemildert.

Wir kommen nun zum zweiten Hauptpunkt der ganzen Frage, das ist die Pathogenese der im Verlauf der Gonorrhoe auftretenden Exantheme. Wir müssen hierbei nun von vornherein diejenigen Erkrankungen ausscheiden, welche mit Sicherheit nicht direct zum gonorrhoischen Krankheitsprocess gehören. Es sind dies die sogenannten Secundärinfectionen. Bekanntermassen können ja von der gonorrhoisch erkrankten Schleimhaut andere Bakterien in den Körper eindringen und einfach septische Metastasen erzeugen. Auf diese Weise sind ja septische Herzerkrankungen, Gelenkerkrankungen bekannt geworden, und es könnten auf demselben Wege septische Exantheme entstehen, welche ja auch bei anderen septischen Erkrankungen bekannt sind: scharlachähnliche und hämorrhagische Exantheme. Ich habe unter den berichteten Fällen keinen gefunden, der als septisches Exanthem zu deuten wäre, vielleicht gehört der von His referirte Fall hierher.

Wir müssen ferner ausscheiden aus unserer Betrachtung die im Verlauf der Gonorrhoe möglichen Arzneiexantheme. Ich bin auf diesen Punkt im Verlauf der einzelnen Schilderungen bereits ja mehrmals zu sprechen gekommen, es handelt sich wesentlich um die durch Copaiva, Cubeben und Salicyl beobachteten Ausschläge. Das Oleum santali macht ja seltener diese Affection. Auch diese Arzneimittel machen, besonders die ersten beiden, die allerverschiedensten Hautausschläge: Erytheme, Papeln, Knoten, Blasen, Blutungen, auch Fieber kann dabei auftreten. Krankheitsfälle, bei denen diese Medicamente gereicht worden sind, werden deshalb für die Beurtheilung der Wesenheit des betreffenden Exanthems nicht mit herangezogen werden können. Und es sind doch immerhin noch eine ganze Reihe von Fällen übrig geblieben, bei denen ein medicamentöser Einfluss nicht bestanden hat.

Wie sollen wir uns nun das Zustandekommen dieser im Verlauf der Gonorrhoe entstandenen Hautausschläge erklären? Die erste und einfachste Erklärung scheint die zu sein, dass das Exanthem darstellt das zufällige Zusammentreffen einer anderen selbständigen Hautkrankheit, beispielsweise das Erythema nodosum mit der Gonorrhoe resp. ihren Complicationen. Nun bei manchen Fällen mag es in der That schwierig sein,

diese Frage nach der einen oder der anderen Seite zu entscheiden, aber für gewisse Fälle scheint doch die Deutung, dass die Hautkrankheit mit der Gonorrhoe einen directen Zusammenhang hat, eine viel ungezwungenere zu sein als die zuerst geschilderte Auffassung. Dies ist beispielsweise der Fall bei den zuletzt geschilderten Fällen von Hyperkeratose. Das typische Auftreten dieser eigenartigen Hautaffection in zwei Fällen, zweimal hintereinander im Anschluss an eine frische und schwere gonorrhoische Infection lässt es doch wohl zweifellos erscheinen, dass hier ein Causalnexus besteht. Ferner der eigenartige Verlauf der Hautaffection zusammen mit dem eigenartigen Fieberverlauf in unserem Falle und in dem Welanderschen Falle geben auch hier am ungezwungensten die blennorrhoische Natur der Hautaffection zu erkennen. Dazu kommt ferner, dass bei einer grossen Anzahl im Anschluss an die Gonorrhoe sich erst andere Complicationen (Gelenk-, Herzerkrankung) und dann das Exanthem entwickelt hat, so dass wir hier gewissermassen etappenweise die Localisation des gonorrhoischen Giftes verfolgen können. Nach alledem erscheint es zweifellos bei einzelnen Fällen, soweit man das überhaupt sagen kann, sicher, bei anderen in ungezwungener Weise wahrscheinlich, dass das betreffende Exanthem nicht eine zufällige Complication, sondern in der That eine Hautmanifestation der gonorrhoischen Grundkrankheit darstellt.

Man hat nun ferner versucht noch in anderer Weise die bei Gonorrhoe sich entwickelnden Exantheme als unwesentliche nicht direct specifisch von der Grundkrankheit abhängige Krankheitserscheinungen darzustellen:

Ich habe bereits im Verlauf der literarischen Mittheilungen erwähnt, dass Finger seine Beobachtungen in dem Sinne deutete, dass die Exantheme als Reflexerscheinungen aufzufassen seien, hervorgerufen durch die irritativen Vorgänge in den Harn- und Generationsorganen ohne directe Beziehung zu dem specifischen Reiz des gonorrhoischen Giftes. Diese Ansicht basirt auf der Erfahrung, dass in der That nach mechanischen Irritationen der Urethra reflectorisch entstandene Erytheme beobachtet worden sind. Am energischsten hat Lewin die Ansicht vertreten, dass die gonorrhoischen Exantheme durch die von dem



gonorrhoischen Secret in der Urethralschleimhaut hervorgerufene Irritation auf reflectorischem Wege zu Stande kommen. Er bezieht sich hierbei auf 2 Versuche: Eine Patientin mit Urethritis gonorrhoica bekam ein Erythema nodosumähnliches Exanthem; 8 Tage nachdem dies verschwunden war, und nur noch Reste der Urethritis bestanden, reizte Lewin die Urethra mit einer Knopfsonde und durch Einlegen eines mit Sublimatsalbe bestrichenen Charpiebäuschchens. 16—18 Stunden nachher entstanden zu beiden Seiten der Tibia haselnussgrosse, livide, sehr schmerzhafte Knoten.

Bei einer zweiten ähnlichen Patientin (deren Status nicht weiter genau geschildert ist) wird in ähnlicher Weise verfahren, und es entstehen diffuse Infiltrate an den Unterschenkeln. Lewin deutet diese Versuche in dem angezogenen Sinne, dass sie beweisen sollen die reflectorische, nicht specifische Genese der Exantheme. Allein es unterliege wohl keinem Zweifel, dass sie als klare einwandsfreie Versuche in diesem Sinne nicht gedeutet werden können. Denn, wenn die Patientin kurz vorher ein Erythem gehabt hat, so ist die Möglichkeit, dass — bei noch bestehender Urethralerkrankung auch ohne Reizung eine neue Eruption durch die eventuelle Einschleppung des Giftes in die Blutbahn erfolgt wäre, nach dem ganzen sonstigen klinischen Verhalten dieser Exantheme sehr naheliegend.

Aber selbst wenn der künstliche Reiz in Beziehung zu der neuen Eruption gesetzt wird, so kann er es auch in dem Sinne, dass durch die entstandenen kleinen Verletzungen eine Blutinfection erleichtert worden ist. Ebenso verhält es sich in dem zweiten Falle. Wie dem auch sei, als beweisende Experimente zur Begründung der Anschauung von der einfach reflectorischen Natur der Erytheme können sie nicht gelten.

Ganz ähnlich möchte ich eine Beobachtung von Du Mesnil beurtheilen:

Ein 19jähr. Mädchen mit Urethritis gon. bekommt nach einer heftigen Aetzung der Urethralschleimhaut schwere Allgemeinsymptome, Herzerscheinungen, Schwellung und Röthung eines Fuss- und Kniegelenks und ein theils papulöses, theils hämorrhagisches Exanthem. Nach 10 Tagen bilden sich die Erscheinungen zurück. Bei Eintritt der Menses treten 2 neue

Purpuraschübe auf. Das Exanthem geht wieder zurück. Nach Bepinselung der Harnröhrenschleimhaut mit Arg. nitr. erscheint nach 13 Stunden ein analoges Exanthem mit Allgemeinerscheinungen und Albuminurie. Auch hier scheint die Deutung, dass es sich um Reflexerscheinungen gehandelt hat, nicht genügend begründet. Denn ebenso wie das Exanthem mussten die gleichzeitig auftretenden Herz- und Gelenkaffectionen so aufgefasst werden, und das dürfte nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse kaum zulässig sein. Ich möchte hier einschalten, dass ich in Fall I und III unserer Beobachtungen ähnliche Experimente gemacht habe. In Fall I wurde die Urethra mit der Knopfsonde, mit Metallbougis, mit Ausspülungen von Sublimat 1:5000, Injectionen von Resorcinglycerin (nach Finger) gereizt. Es gelang mit diesen Massnahmen wohl eine Steigerung des Katarrhs zu erzeugen, niemals schloss sich daran eine Hauteruption. Aehnlich verhielt es sich in Fall III, wo mechanisch und mit stärkeren Argentumspülungen gereizt wurde.

Wenn wir uns allenfalls vorstellen können, dass vorübergehende Erytheme reflectorisch entstehen können, so musste diese Anschauung als gekünstelt und nicht genügend durch homologe Erfahrungen basirt erscheinen für solch' chronische, über Monate fortdauernde Exantheme wie in unserem ersten und dem Welander'schen Falle, zumal wenn gleichzeitig andere metastatische Complicationen der Gonorrhoe vorhanden sind. Vor allem für die zuletzt geschilderte Exanthemform — die Hyperkeratose — dürfte in diesem Sinne jede Analogie fehlen.

Ich glaube deshalb in der That, dass die im Verlauf der Gonorrhoe auftretenden Exantheme, soweit wir sie referirt haben, in directer ätiologischer Beziehung zur Grundkrankheit stehen, dass sie zu Stande kommen durch eine Einschleppung des gonorrhoischen Giftes in die Blutbahn. Dass letzteres der Fall ist, dürfte nach den neuesten Beobachtungen von Åhmann aus der Klinik von Welander, ferner von Ghon und Schlagenhaufer, durch die von v. Leyden, Michaelis u. A. am Herzen nachgewiesenen Gonococcen, durch die vielfachen positiven Befunde in den Gelenken zweifellos sein. Es frägt sich nur, ob die Exantheme zu Stande kommen durch die



Localisation der Gonococcen in der Haut oder durch die Toxine analog anderen toxischen Erythemen.

Für die erstere Annahme fehlen bisher die Beweise. Auch uns ist es nicht gelungen, Gonococcen in den Hauteruptionen nachzuweisen. Nur bei direct fortgeleiteten gonorrhoischen Hautentzündungen ist es bisher mit Sicherheit geglückt, den Parasiten in der Haut zu finden, so bei dem Fall von Lang und Sahli.

Andererseits sind für die Annahme, dass die Toxine und Proteine der Gonococcen Entzündungen bewirken können, neuerdings durch experimentelle Untersuchungen von Wassermann, Schäffer, Christmas Anhaltspunkte gewonnen worden. Analogien mit Arzneiexanthemen lassen diese letztere Genese ausserdem sehr plausibel erscheinen. Ausserdem lassen Beobachtungen wie die von His, dann die Analogie der bei septischer endocarditis auftretenden Hautembolien mit den bei gon. endocarditis vergesellschafteten Exanthemen die Möglichkeit zu, dass auch hierbei wenigstens mitunter eine wirkliche Metastase des Krankheitserregers in die Haut stattfindet und das Exanthem embolischen Ursprungs ist.

Wie dem auch sei, als wesentliches Resultat der von anderen und uns gemachten Beobachtungen sogen. gonorrhoischer Exantheme scheint mir wahrscheinlich zu sein, dass die im Verlauf der Gonorrhoe auftretenden Exantheme, soweit wir sie nach Ausschaltung zweifelhafter Fälle referirt haben, in directer ätiologischer Beziehung zum gonorrhoischen Virus stehen.

Literatur.

1. Selle. Medicina clinica 1781. — 2. Roudaire. Thèse de Paris 1870. — 3. N. Bès. Thèse de Paris 1872. — 4. G. Ballet. Pseudoscarlatine et pseudorougeole Archive gén. de médicine. September 1882. Déterminatious cutanées de la blennorrhagie Rec. de méd 1885. — 5. Landouzy. Clinique de la Charité 1882. — 6. L. Andret. Des manifestatium cutanées de la blennorrhagie. Thèse de Paris 1884. — 7. P. de Molènes. Sur un cas d'érythème blennorrhagique. Annales de Derm. et de Syph. 1889. Nr. 2. — 8. E. Schantz. Ueber gonorrhoische Exantheme J. D. Bonn 1895. — 9. Pidoux und 10. Hervieux. Gazette des hôpitaux 1867. Nr. 30. — 11. E. Finger. Purpura rheumatica als Complication blennorrhagischer Processe. Wien. med. Presse. XXI. 9. 48—50. 1880. — 12. A. Philipp. Report of a case of genorrhoea with purpura rheumatica. The Journal of the Americain. Med. Assoc. Chicago. 1889. — 13. Jacquet et Ghika. Un cas d'arthro-blennorrhagique avec troubles trophiques.



Annales de Dermac. et de Syph. 1897. 9. 789. — 14. M. Litten. Peliosis und Chorea postgonorrhoica. Dermat. Zeitschr. 1893—94. H. 4. S. 300. Endocarditis et Chorea gonorrhoica. Derm. Zeitschr. 1893—94. Heft 5. S. 496. Verhandlungen des Vereines für innere Medicin. 1894. December. Disc. Lewin. — 15. F. Pick. Verhandlungen des III. Deutsch. Dermatologencongresses 1889. — 16. E. Welander. Ein Fall von Gonorrhoe mit Endocarditis sammt cutanen Manifestationen complicirt. S. A. aus Nordiskt. Medicinskt. Arkiv 1894. Nr. 13. — 17. Chauffard. Schwere blennorrhoische Infection mit Hyperkeratose der Haut. Presse mèd. 1897. Nr. 33, ref. in Monatsh. für prakt. Dermatol. 1897, Nr. 11. — 18. L. Bergeron. Des dermopathies blennorrhagiques. Thèse de Paris 1894. — 19. Cullerier. Des affections blennorrhagiques 1861. — 20. Klippel. Annales médico-chirurgicales 1885, p. 290. Erythème blennorrhagique. — 21. J. Raynaud. Manifestations cutanées de la blennorrhagie Erythème rubéoli-forme blennorrhagique. Annales de Derm. et de Syph. 1891. S. 213. — 22. Voituriez. Blennorrhagie compliquéed' orchite; pas de traitement interne; éruption rubéolique généralisée. Journ. des sciences méd. de Lille 1890. — 23. Mracek. Combination von Blennorrhoe mit universellem Erythem und vesiculösem Eczem. Jahresber. der k. k. Rudolfstiftung. S. A. p. 12. — 24. Lang. Verhandl. der Wiener Dermatol. Gesellschaft. 1892. 19./X. 92. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. Bd. 25. — 25. E. Jeanselme. Troubles trophiques dans la blennorrhagie. Annales de Derm. et de Syph. 1895. pag. 525 (u. Semaine méd. 1895. 28./XII). — 26. E. Besnier. Dictionnaire encyclopédique. Art. Rhumabisme. p. 806. — 27. M. Flesch. Zur Erklärung der sog. Tripperexantheme. Monatsh. für prakt. Derm. Bd. 11. S. 386. — 28. Centralblatt für Chirurgie 1890. Nr. 32. Sammelreferat. — 29. E. Vidal. Annales de Dermat. et de Syph. 1893. — 30. Perrin. Des déterminations cutanées de la blennorrhagie. Annales de Derm. et de Syph. 1890. p. 779 u. 859. — 31. Tenneson. Hydroa et arthropatie chez un atteint de blennorrhagie. Annales de Derm. et de Syph. 1889. p. 117. — 32. Mauriac. Notes sur quelques formes de l'érythème cubébo-copahique. Annales de Derm. et de Syph. 1881. — 33. R. Mesnet. Des érythèmes blennorrhagiques (contribution à l'étude de la blennorrhagie infectieuse). Thèse de Paris 1884. — 34. P. Colombini. Bacteriologische und experimentelle Untersuchungen an einem Fall von Harnröhrentripper mit Gelenk- und Hautaffectionen. Monatshefte für prakt. Derm. 1897. (u. Journal des malad. cut. et syph. 1897.) — 35. Vidart. Thèse de Paris 1875. — 36. Mathieu. Thèse de Paris 1883. — 37. Balzer. Érythème infectieux an cours d'une blennorrhagie. Gaz. méd. de Paris 28./VI. 1884. — 38. O. Ménard. Erythème généralisée puis orchite et enfin stomatite ulcéro-membraneuse chez un individu atteint de blennorrhagie remontant à deux mois et demi. Annales de Derm. et de Syph. 1889, p. 680. — 39. W. His. Ueber Herzkrankheiten bei Gonorrhoe. (Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 40.) — 40. E. Leyden. Ueber die inneren Metastasen der Blennorrhoe. Dermatol. Zeitschr. Bd. III. 1896. Heft I. — 41. O. Bujwid. Gonococcen als Ursache pyämischer Abscesse.



Centralblatt für Bact. und Parasitenkunde. 1895, Nr. 14 u. 15. — 42. G. Lewin. Erythema exsudativum multiforme. Charitéannalen. 1876. — 43. Boucher d'Argis de Guillerville. De la péricardite blennorrhagiquer Thèse de Paris 1896. — 44. W. T. Councilman. Gonorrhoeal myocarditis. Journ. of the med. sciences. Nr. 257. — 45. Michaelis. Ueber einen neuen Fall von Endocarditis gonorrhoica. Zeitschr. für klinische Medicin. Bd. 29, Heft 5 u. 6. — 46. White Hale. A clinical lecture on gonorrhoea malignant endocarditis. The Lancet 1896. Februar. — 47. Gustav Singer. Ueber Gonococcenpyämie. Wien. med. Presse 1896. Nr. 29. — 48. Zawadzki und Bregmann. Endocarditis gonorrhoica mit Embolie der Arteria fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Oedem. Wiener medicinische Wochenschr. 1896. Nr. 8. — 49. Dauber und Borst. Maligne endocarditis im Anschluss an Blennorrhoe. Deutsch. Archiv für klinische Medicin. Bd. 56, Heft 3 u. 4. — 50. H. F. Hewes. Two cases of gonorrhoeal rheumatisme with specific bacterial organisme in the blood. Boston. med. and surg. journ. T. 131. Nr. 21. — 51. Finger, Ghon und Schlagenhaufer. Ein weiterer Beitrag zur Biologie des Gonococcus und zur Pathologie des gonorrhoischen Processes. Archiv für Derm. u. Syph. Bd. 33. — 52. Róna. Ueber blennorrhoisches Fieber. K. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 29./II. 1896. — 53. Siegheim. Ueber Endocarditis blennorrhoica. (Deutsche med. Wochenschr. 1897. Nr. 14.) — 54. Carageorgiades. Ueber gonorrhoische Endocarditis. Thèse de Paris 1897. — 55. M. Wilms. Zur Endocarditis gonorrhoica. Münch. med. Wochenschr. 1893. Nr. 40. — 56. Michelson. Ueber Dujardin-Beaumetz's „Femme Autographique und Urticaria factitia im Allgemeinen. Berl. klin. Wochenschrift 1884, p. 84 u. 101. — 57. E. Leyden. Ueber Endocarditis gonorrhoica. Deutsche med. Wochenschr. 1893. Nr. 38. — 58. A. Souplet. La blennorrhagie, maladie générale. Thèse de Paris. 1893. — 59. Du Mesnil. Verhandl. der physik. med. Gesellschaft zu Würzburg N. F. 1890. Bd. 24. — 60. Flügge. Ueber Endocarditis gonorrhoica. J. D. Würzburg 1890. — 61. L. Lewin. Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Berlin 1893. — 62. E. G. Delacroix. Contribution à l'étude des Endocardites gonorroiques. Thèse de Paris 1894. — 63. A. Wassermann. Gonococcencultur und Gonococcengift. Berl. klinische Wochenschr. 1897. Nr. 32. — 64. A. Wassermann. Weitere Mittheilungen über Gonococcencultur und Gonococcengift. Zeitschr. für Hygiene und Infectionskrankheiten 1898, p. 248. — 65. J. Schäffer. Beiträge zur Frage der Gonococcentoxine. Fortschritte der Medicin 1897. Nr. 21. — 66. J. de Christmas. Contributions à l'étude de gonococque et de sa toxine. Annales de l'institut Pasteur 1897, p. 609. — 67. L. Nicolaysen. Zur Pathogenität der Gonococcen. Centralbl. für Bact. u. Parasitenk. 1897. Bd. 22. — 68. E. Barruole. Les complications cardiaques de la blennorrhagie. Paris 1896. — 69. Bennecke. Zur Frage der Trippergelenke. Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1897. — 70. G. Åhmann. Zur Frage von der gonorrhoischen Allgemeininfection. Archiv für Derm. u. Syph. 1897. Bd. 39. 3. Heft.



Bericht über die Leistungen

auf dem

Gebiete der Dermatologie und Syphilis.



Festschrift Schwimmer.

Wissenschaftliche Arbeiten aus Anlass des Jubiläums der 25jähr. Thätigkeit von Dr. Ernst Schwimmer als Professor an der Budapester Universität. Victor Hornyánszky. 1897.

Nachtrag,*) referirt von Dr. **Theodor Spietschka** in Prag.

Tommaso de Amicis: Ein neuer Fall von Xanthoma multiplex.

Der Autor beobachtete einen Fall von Xanthoma multiplex, welcher durch die verschiedenartige Form, in welcher dasselbe auftrat, als auch durch die merkwürdige Localisation desselben beachtenswerth war.

Es handelte sich um einen 40jährigen Patienten, bei welchem sich die Krankheit vor 12 Jahren an den Ellbogen zu entwickeln begonnen hatte. Er war hereditär nicht belastet, hatte in seiner Jünglingszeit Malaria durchgemacht.

Bezüglich des Status wäre zu erwähnen: der Kopf ist frei, nur an den Ohrläppchen finden sich kleine gelbrothe Tumoren, welche rechts stärker entwickelt sind; bei Druck auf dieselben verschwindet die Röthe und es bleibt nur die gelbe Farbe zurück. In der Parotisgegend leichte Anschwellung. Mundschleimhaut normal. An der Rückseite des Halses etwa 20 Fibroma molluscum; am Rücken zahlreichere und grössere.

*) Da Herr Dr. Justus der italienischen Sprache nicht mächtig ist, musste das Referat über die Arbeiten der italienischen Autoren einem anderen Referenten übertragen und aus äusseren Gründen getrennt veröffentlicht werden. Pick.



Der Stamm ist von Xanthoma ganz frei bis auf die Nates; namentlich im hinteren Theile derselben, nahe der Analfurche finden sich ungemein zahlreiche linsen- bis erbsengrosse Tumoren von gelber Farbe, von denen viele ein Haar umgeben. In der Mitte der rechten Backe zeigt sich eine flache Erhebung von ungefähr 2 Cm. Durchmesser, mit glatter Oberfläche, gelber Farbe, welche bei Druck durchscheinend wird. Aehnliche knötchen- und linsenförmige Geschwülstchen finden sich an der Vorder- und Rückseite der Schenkel symmetrisch auf beiden Seiten angeordnet. Ueber der rechten Kniescheibe finden sich über 100 derartige Knötchen, über der linken weniger; einzelne kleine auch an den Fussrücken.

Besonders ausgebildet sind die Tumoren an den oberen Extremitäten; hier finden sie sich über den Ellbogengelenken in grosser Zahl, in Serien angeordnet, eine Fläche von 9 Cm. Länge und 4 Cm. Breite einnehmend. In der Mitte dieser Fläche sieht man eine Hervorragung von 5 Cm. Breite und 3 Cm. Länge, welche fast 2 Cm. hoch ist; sie ist gestielt, mit überragenden Rändern, nach Art eines Fungus. Sie zeigt halbelastische Consistenz, eine glatte Oberfläche, gelbbraune Farbe, welche auf Druck heller wird. Der Vorderarm ist vollständig frei; die Erkrankung beginnt erst wieder 2 Cm. oberhalb der Handfläche mit 2 Streifen von $^1/_2$ Cm. Breite, welche armbandartig den Vorderarm umgeben. Am Uebergange in den Handteller und an diesem selbst finden sich ähnliche bis kirschgrosse Tumoren; an den Handtellern sieht man ausserdem gelbe, nicht erhabene Flecke, welche sich längs den Hautfalten ausbreiten.

An den Palmarflächen der 5 Finger bemerkt man Tumoren von der oben beschriebenen Beschaffenheit, welche fest in das Gewebe eingepflanzt und wenig verschieblich sind. Tumoren von verschiedener Grösse finden sich auch über den Metacarpophalangealgelenken.

Vertheilung und Beschaffenheit der Erkrankungsherde ist an beiden oberen Extremitäten fast gleich.

Im Uebrigen sind am Körper keine pathologischen Erscheinungen nachweisbar.

Bei diesem Patienten fanden sich alle drei Formen, welche diese Krankheit annehmen kann: die maculöse, die maculo-



papulöse und die papulo-tuberöse. Die Erkrankungsherde fanden sich vornehmlich an jenen Stellen, welche häufigerem Drucke ausgesetzt sind. Die Augenlider waren frei.

Kein Icterus, keine Blutdyskrasie, keine sonstigen Hautveränderungen nachweisbar. Bemerkenswerth ist die schon von Köbner beobachtete Vergesellschaftung mit Fibroma moll.

Behufs histologischer Untersuchung wurde ein frisch excidirtes Stückchen zunächst durch 24 Stunden der Einwirkung von Osmiumsäuredämpfen ausgesetzt, sodann gehärtet und geschnitten. Es zeigten sich folgende Befunde: das Stratum corneum stark schwarz gefärbt. Corpus Malpighi unverändert; hier findet sich ein gelbliches Pigment, welches um so deutlicher wird, je tiefer man gegen die basalen Schichten kommt, besonders an den Eintrittsstellen der Schweissdrüsenausführungsgänge.

Die Infiltration beginnt im Corium und erstreckt sich bis in das Hypoderma. Die Capillargefässe sind reich an Blutkörperchen. In einem Schnitte durch eine kleine Arterie sehen wir leichte Infiltration der Wände, aber keine Verengerung des Lumen. Im Derma finden sich in weiten Strecken zwischen Bindegewebsbündeln eingelagerte gelbliche Massen. Die Zellen, welche diese Massen bilden, erscheinen wie angeschwollene Bindegewebszellen von rundlicher Gestalt und besitzen einen gelb gefärbten, körnigen Inhalt. Sie zeigen oft concentrische Anordnung; hie und da erscheint eine Riesenzelle. Solche Elemente finden sich nicht nur in den oberflächlichen Schichten des Derma, sondern auch in den tieferen (Hypoderma) in der Gegend der Schweissdrüsen, welche in den Process einbezogen sind. Das Drüsenepithel derselben ist völlig verändert; das Protoplasma ist verschwunden, der Kern vesiculös. Auch unabhängig von den grossen Herden finden sich einzelne der oben beschriebenen Elemente zwischen den Bindegewebsbündeln. An den Haarfollikeln keine Veränderung; Talgdrüsen nicht zu sehen. Behandlung mit Aether und Chloroform bringt an diesem Bilde keine Veränderung hervor.

Diese Elemente, welche die Masse des Xanthomes bilden, und welche die Träger der gelblichen Farbe sind, färben sich also bei Osmiumbehandlung nicht schwarz, sondern werden



dadurch nur fixirt und deutlicher hervorgehoben, ohne Fettreaction zu geben. Ein Irrthum ist ausgeschlossen, denn die excidirten Massen wurden direct der Osmiumwirkung ausgesetzt, ohne vorhergehende Aether- oder Alkoholbehandlung.

Die Untersuchung auf Mikroben blieb resultatlos.

Nach diesen Untersuchungen ist das Xanthom ein Neoplasma, dessen Natur man bisher nicht kennt; es wird von Elementen gebildet, die vom Bindegewebe herstammen und eine besondere Färbung zeigen, welche aber nicht auf Fettdegeneration zurückgeführt werden können.

Roberto Campana: Pemphigus syphiliticus.

Nach einigen einleitenden Worten berichtet der Autor über zwei Fälle von Syphilis, welche sich in Form von der Syphilis nicht eigenthümlichen Blasenausschlägen von nicht Rupia-ähnlichem Charakter darstellten. Für den ersten Fall lautete die Diagnose: Herpes necroticus zosteriformis syphilit. Pemphigus syphilit. adultorum. Die Patientin hatte vorher nur an Bronchialkatarrhen und leichter Heiserkeit gelitten. Der Ausschlag begann 3 Monate vor ihrer Aufnahme in das Krankenhaus mit Bildung einer kleinen Blase, welcher bald andere folgten, wogegen ihr Sublimateinpackungen verordnet wurden; in einem Sanatorium wurde sie mit Ichthyol behandelt, gleichfalls ohne Erfolg. Status: Die schlechtgenährte blasse Patientin zeigt an der Aussenseite des rechten Oberschenkels und angrenzendem Theile des Unterschenkels ausgedehnte Erosionen von unregelmässiger Gestalt, mit scharfer Begrenzung, welche von eitrigem oder blutigem Detritus und Borken bedeckt sind, unter denen die torpiden rothen Hautpapillen sichtbar sind. Auch sieht man derartige ganz runde Epithelverluste von der Grösse einer Linse bis zu der eines Hellerstückes, ausserdem Bläschen und Blasen von weisslicher Farbe. Die ganze Affection nimmt ein umschriebenes elliptisches Gebiet ein. Die Schleimhaut des Rachens ist blass, katarrhalisch verändert. In der Nasenschleimhaut Erosionen. Die tastbaren Körperlymphdrüsen zumeist vergrössert, von hartelastischer Consistenz. Ausserdem fanden sich katarrhalische Erscheinungen an der Lunge, mässige Milz-

schwellung, Verdauungsstörungen mit Obstipation, Kopfschmerz, Schwindel.

Die Therapie brachte bei localer Behandlung vom 20. März bis 6. Juni keine wesentliche Besserung; von 3 Tuberculininjectionen rief die dritte zu 3 Milligramm heftige allgemeine und locale Reaction in den Lungen hervor. Im Verlaufe der Krankheit bildeten sich in demselben Gebiete einige nekrotische Herde aus, und da man diese als durch eine specifische Eudophelebitis hervorgebracht ansah, wurden täglich subcutane Sublimatinjectionen verabreicht, wobei sich der Zustand ausserordentlich rasch besserte, so dass die Patientin am 25. Juni die Klinik fast vollständig geheilt verlassen konnte.

Bei dem zweiten Falle lautete die Diagnose: Pemphigus syphiliticus. (Syphiloderma nodulo-flictaenulosum superficialissimum septicum). Febris septica. Decubitus necrot. ex endoarterite oblit. syphilit. regionis coccigeae et subcoccigeae. — Die Patientin, bei welcher schon früher Erscheinungen von Melancholie aufgetreten waren, leidet seit einigen Monaten an einem Ausschlage, der mit Bildung grosser Blasen einhergeht und von Temperatursteigerungen begleitet ist. Diese Blasen sind von verschiedenster Grösse, von der einer Linse bis zu der eines Hühnereies, von runder Gestalt, stark vorgewölbt, besitzen eine dünne Blasendecke und serösen oder blutigserösen Inhalt. Nach dem Platzen der Blasen bleibt eine oberflächliche Erosion zurück, welche sich mit Borken und Krusten bedeckt; dieselben stellen meist dunkle hämorrhagische Borken dar; die Erosionen darunter bluten leicht. Sie sind zumeist von einem leicht erhabenen und gelbroth gefärbten Hofe umgeben, welcher eine Halbkreis-, Nieren- oder Hufeisenform besitzt; seine Farbe verschwindet unter Druck nicht vollständig. Oft sieht man diese Erosionen von einem Epithelfransensaume, den Resten der geplatzten Blasendecke umgeben, oder in ihrem Umkreise entsteht ein Kranz neuer Bläschen.

Die Erkrankung zeigt ganz symmetrische Localisation. Sie betrifft hauptsächlich die Halsgegend, Supraclaviculargegend, die Umgebung der Scapula und des Oberarmgelenkes, die Nachbarschaft der Mamillae, des Nabels, die oberen und unteren Extremitäten, an deren Beugeseiten sie heftiger entwickelt

ist als an den Streckseiten. Am behaarten Kopfe, im Gesichte, an Handtellern und Fusssohlen findet sich keine Spur der Erkrankung. In der regio sacrococcigea sieht man zwei von schwarzen Schorfen bedeckte, unregelmässig begrenzte Herde, welche sich als Hautnekrosen erweisen. An den sichtbaren Schleimhäuten nichts besonderes, nur im linken Nasenloche eine von Borken bedeckte Continuitätstrennung. Die Haare sind schütter, fallen leicht aus; die Nägel rauh, nach vorne verdickt; die Zähne von schmutzigem Belage bedeckt. Die tastbaren Lymphdrüsen zumeist vergrössert, von elastisch-harter Consistenz.

Weiterhin ist noch die bedeutende Vergrösserung der Milz zu erwähnen. Die Functionen der Sinnesorgane ziemlich normal, ebenso die Reflexe; Intelligenz und Gedächtnis geschwächt, Denkthätigkeit unterbrochen, langsam. Die Temperatur beträgt fast immer an 39° C. P 85. R 28.

Die Therapie bestand in täglichen Sublimatbädern und subcutanen Sublimatinjectionen und wurde am 17. Mai begonnen. Bereits in der ersten Hälfte des Juni waren sämmtliche Eruptionen geheilt, und am 1. Juli war der Decubitus, dessen Verheilung schliesslich durch Transplantationen unterstützt worden war, gleichfalls bis auf einen kleinen Rest geschlossen.

Es handelt sich hier also um zwei Fälle mit Blasenausschlägen; bei der einen Patientin ist derselbe einseitig, umschrieben, mit leichter Necrose verbunden, zeigt aber chronisch recidivirenden Verlauf, ähnlich einem Zoster chronic; bei dem anderen zeigt er symmetrische Localisation, Krankheitsbild und Verlauf ähnlich einem Pemphigus. Der Autor bespricht darauf in kurzen Abschnitten unter A die Morphologie: hervorzuheben ist, dass nirgends der Charakter einer Rupia auftrat, sondern dass die Krankheit immer den Charakter eines Blasenausschlages, Herpes oder Pemphigus bewahrte, indem nur Blasen mit dünner Blasendecke und serösem oder serösblutigem Inhalte auftraten, welcher niemals oder erst spät getrübt und eitrig wurde, oder auch Blasen mit leichter Nekrose des Grundes. Unter B die pathologische Anatomie: bei der histologischen Untersuchung fanden sich nur die Erscheinungen eines frischen oberflächlichen Entzündungsprocesses der Haut, mit Hämor-

rhagien oder leichter oberflächlicher Nekrose. Unter C die Bedeutung der Therapie: der ausserordentlich günstige Erfolg der antisyphilitischen Behandlung nach vorhergegangenen verschiedenartigen fruchtlosen Behandlungen bestätigt auf das unzweifelhafteste den syphilitischen Charakter dieser Erkrankungen.

In weiterer Besprechung des Verhältnisses dieser beiden Fälle zum Pemphigus kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass es wohl die Syphilis ist, welche den Blasenausschlag hervorbringt, dass aber noch ein zweites Moment dazu gehört: sie bringt ihn nämlich nur bei Individuen hervor, bei welchen aus anderen, z. B. nervösen Ursachen, leicht Blasenbildung eintritt. Diese Meinung wird dann durch die genaue Betrachtung der beiden angeführten Krankengeschichten begründet und die nervösen Momente in denselben hervorgehoben. Demnach bestätigen diese beiden Fälle erstens die Annahme (Hebra, Rosenthal u. v. a.), dass wir beim Pemphigus zweierlei Arten zu unterscheiden haben: einen idiopathischen, und einen anderen, wobei der Blasenausschlag nur ein Symptom einer andersartigen Allgemeinerkrankung, in unserem Falle der Syphilis darstellt. Zweitens kann die Syphilis ein Krankheitsbild erzeugen, welches vollständig einem Pemphigus entspricht, aber sie kann das nicht in jedem Falle, denn es gehört dazu ein zweites Moment, die eben erwähnte nervöse Disposition.

Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 8. März 1899.

Vorsitzender: Neumann. Schriftführer: Matzenauer.

Hochsinger stellt einen Fall von Säuglingstetanie bei congenitaler Frühsyphilis vor. Es handelt sich um ein Kind in der elften Lebenswoche mit schnüffelnder Nasenathmung, crustösem Syphilide am Kinn und an der Oberlippe, rhagadiformer Infiltration der Lippen und atlasglänzenden, infiltrirten Fusssohlen. Die Hände sind krampfartig zu starker Faust geballt, die Finger eingeschlagen, mit den Nägeln fest in die Vola manus eingepresst, nur mit Kraftanstrengung dorsal zu strecken, die Daumen sind rechtwinklig eingeschlagen und senkrecht zur Längsachse der übrigen Finger gestreckt. An den Ellbogengelenken tonische Beugecontractur. Es ist somit das Zusammentreffen von Tetanie mit recenter Congenitalsyphilis bei Kindern der ersten Lebenswochen an drei innerhalb kurzer Zeit beobachteten Syphilisfällen constatirt; danach muss man annehmen, dass die congenitale Lues ähnlich wie andere Infections- und Allgemeinerkrankungen das Centralnervensystem des Säuglings in jenen pathologischen Zustand zu versetzen vermag, welcher das Krankheitsbild der Tetanie auslöst.

Kaposi erinnert sich an eine Reihe von Syphilisfällen bei Kindern, welche vor dem Ausbruche des Exanthems Lähmungserscheinungen aller Muskeln des Körpers zeigten, so dass Arme und Beine nicht activ bewegt werden konnten. Mit dem Auftreten des Exanthems schwanden diese Erscheinungen von „Pseudoparalyse".

Hochsinger berichtet über einen Fall von infantiler paralytischer Demenz bei einem hereditär-syphilitischen Kinde von 11 Jahren. Die ersten Anzeichen der progressiven Paralyse lassen sich jedoch bei diesem Kinde schon in das neunte Lebensjahr zurückdatiren. In der siebenten Lebenswoche war das Kiud mit recenter congenitaler Frühsyphilis in Hochsinger's Abtheilung in Behandlung, wurde jedoch nicht continuirlich in Observation gehalten, daher auch nicht in vollkommen ausgiebiger Weise in seiner ersten

Kindheit mercurialisirt, welchem Umstande er auch das Recidiviren der Syphilis in aussergewöhnlicher Form und das frühzeitige Auftreten der paralytischen Demenz zuzuschreiben geneigt ist.

Am 10. October 1887 war folgender Befund aufgenommen: 6 Wochen altes Kind an der Mutterbrust mit crustösem, rupiaformem Syphilid des Gesichtes, rhagadiformer Lippenerkrankung, diffusem flächenhaftem Syphilid der Handteller und Fusssohlen, Coryza, Leberintumescenz. — Einreibungscur. Heilung Ende November.

Von März 1888 bis Frühjahr 1890 kein Bericht. Dann im dritten Lebensjahr Recidiv-Syphilid in Form von grossen gyrirten Scheiben am Stamme. Condylomata ad anum. Quecksilberbehandlung. Heilung.

Es ist übrigens ein solches Recidiv in Form eines universellen Exanthems bei hereditär-syphilitischen Kindern eine grosse Rarität, zumal in einem relativ so späten Alter von $2^1/_2$ Jahren.

Nun zeigte sich das Kind nicht wieder bis zum 4. November 1896. Damals wurde das Kind wegen Kopfschmerzen, welche seit 5 Monaten periodisch mehrmals in der Woche abendlich auftraten, wieder gebracht, mit Jodkali behandelt, welches von zauberhafter Wirkung war.

Im März 1897 Wiederauftreten von Kopfschmerzen, welche jedoch permanent blieben, dabei Veränderung des Wesens, Vergesslichkeit, Erschwerung der Auffassung und Zurückbleiben in der Schule. Jodkali nunmehr ohne Erfolg.

Im October 1898 zeigt sich das Kind in seinem ganzen Wesen noch mehr verändert, es ist apathisch, hat einen stumpfen Gesichtsausdruck, ist theilnahmslos, zeigt hesitirende Sprache, macht häufig unmotivirte Mundbewegungen, ist grösstentheils traurig, lernt schlecht, musste eine Classe repetiren, ist vergesslich, merkt sich keine Aufgabe mehr, kurz zeigt die ersten nachweisbaren Intelligenzdefecte der paralytischen Demenz.

Ende October 1898 ein Schwindelanfall mit Zuckungen im Gesichte und vorübergehender aphasischer Störung bei erhaltenem Bewusstsein. An somatischen Symptomen sind in erster Linie reflectorische Pupillenstarren, sowie Ungleichheit und verzogene Form der Pupillen auffallend. Der Gang ist verlangsamt, breit und etwas schwankend. Die Sehnenreflexe sind hochgradig gesteigert, unfreiwillige Harnabgänge sind in letzter Zeit erst aufgetreten. Sonst ist das Kind blass, im Wachsthum und in der Ernährung ist es in den letzten 2 Jahren zurückgeblieben. Stigmata der hereditären Syphilis bestehen in Form von charakteristischen strahlenförmigen Narben an den Lippensäumen. Hutchinson'sche Trias nicht vorhanden. Rhachitische Schädel-, Kiefer- und Zahnformen.

Am 1. März 1899 zeigt sich derselbe Zustand wie im October vorigen Jahres; er ist trotz 40 Einreibungen unverändert geblieben, nur dass der Stumpfsinn etwas zugenommen und Enuresis sich eingestellt hat.

An der Diagnose einer progressiven Paralyse ist nicht zu zweifeln. Es ist dies der zweite Fall von infantiller paralytischer Demenz, welcher



sich bei Fällen unserer Sammlung von hereditär-syphilitischen Kindern ereignet hat. Der erste wurde im Jahre 1897 von Zappert im Wiener med. Club vorgestellt. Er stand in der Klinik v. Krafft-Ebing's in Beobachtung. Die ersten Paralyse-Symptome machten sich bei demselben im 11. Lebensjahre bemerkbar.

Paralytische Demenz im Kindesalter gehört wohl zu den grössten Seltenheiten, während solche im Jünglingsalter schon etwas häufiger ist. Die Fälle von infantiler Paralyse (vor dem 12. Lebensjahre entstanden), welche in den letzten Jahren gemeldet worden sind, sind von Norme in Hamburg, Zappert, Karplus und Infeld in Wien, sowie Thomson und Dauson in London mitgetheilt worden. Nur in dem letzten Falle konnte congenitale Syphilis nicht mit Sicherheit nachgewiesen, wenn auch nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Alle übrigen Beobachtungen betrafen hereditär-syphilitische Kinder.

Der besondere Werth der oben mitgetheilten Beobachtung, sowie der von Zappert seinerzeit gemachten liegt darin, dass in beiden diesen Fällen die hereditäre Syphilis nicht aus anamnestischen Angaben und Stigmata erschlossen werden musste, sondern dass die nachmals paralytischen Kinder in ihren ersten Lebenswochen wegen congenitaler Syphilis in unserer Anstalt behandelt worden waren.

Die innige Beziehung zwischen paralytischer Demenz und Syphilis wird durch diese beiden Fälle von infantiler Paralyse bei hereditärer Syphilis in ein noch schärferes Licht gestellt.

Mraček macht darauf aufmerksam, dass man bei Sectionen luetischer Kinder sehr ausgebreitete Gefässveränderungen auch am Gehirn verfolgen könne.

Kaposi stellt zwei Knaben mit Alopecia areata vor; der eine zeigt zwei thalergrosse kahle Stellen, welche sich glatt anfühlen, keine Haarstümpfchen, keine Efflorescenzen und keine Schüppchen erkennen lassen, ausserdem einige punktförmige kahle Stellen; der andere weist etwa zwanzig kleine zerstreute kahle Stellen auf. Die Haare in der Umgebung der erkrankten Stellen lassen sich nicht ausziehen. Beide Knaben stammen aus einem Waisenhause, in dem gleichzeitig vierzehn Knaben und ein Mädchen in gleicher Weise erkrankt sind. Ein solches Zusammentreffen zeigt sich nicht selten in Familien, ohne dass man eine Contagiosität der Erkrankung annehmen müsste; jedenfalls ist bisher kein Erreger nachgewiesen. Diagnostische Schwierigkeiten können mitunter dadurch entstehen, dass manchmal die kahlen Stellen mit seborrhoischen Schuppen bedeckt sind. Wenn es zur Restitution der Haare kommt, so erfolgt dies binnen Kurzem; es hat dies zur Annahme geführt, dass die Erkrankung eine neurotische sei und dass die Nervenfunctionen sich plötzlich wieder einstellen. In Frankreich kommen derartige Massenerkrankungen in Lyceen und in Truppenkörpern häufig vor; man hat dort die Annahme einer neurotischen Natur der Erkrankung fallen gelassen und sich zu Gunsten der Contagiosität der Erkrankung entschieden. In den vorgestellten Fällen hat Assistent Kreibich Züch-

tungsversuche vorgenommen, doch nur Coccen ohne specifische Charaktere erhalten.

Neumann weist darauf hin, dass bei dem Auftreten solcher Fälle, zumal in Schulen die Verbreitung durch pflanzliche Parasite nicht ausgeschlossen werden könne; wenngleich das klinische Bild dieser Erkrankung der gewöhnlichen Form unseres Alopecia areata jetzt völlig gleiche. Man möge deshalb vorläufig keine Behandlung einleiten, sondern die Krankheit sich entwickeln lassen, um sie in ihrem Fortschreiten studiren und eventuell auf Pilzelemente untersuchen zu können.

Hebra findet es auffallend, dass gerade die Knaben zumeist erkrankt sind, und sucht die Erklärung in der Uebertragung der Krankheit vielleicht beim Haarschneiden.

Ehrmann hat bei ähnlichen Formen die von Sabouraud beschriebenen Bacillen gefunden.

Hebra stellt den in einer früheren Sitzung demonstrirten Fall von universeller Sclerodermie vor, der nach 21 Einspritzungen mit Thyosam eine ganz wesentliche Besserung zeigt.

Nobl demonstrirt aus Grünfeld's Abtheilung:

1. Einen 27jährigen Mann mit ulceröser Tuberculose der Unterlippe. Im Bereiche der Unterlippe, am Uebergange der Haut an das Lippenroth und an der angrenzenden Schleimhautpartie sieht man ein quergestelltes, von unregelmässigen, vielfach ausgerackten und abgehobenen Rändern umsäumtes, ziemlich seichtes Geschwür. Der sich weich anfühlende Grund des kreuzergrossen Defectes wird von blassrothen, kleinkörnigen, schlaffen und eitrig belegten Granulationen eingenommen. Ausserdem sind an den Rändern, der zu weiterer Ausbreitung neigenden Ulceration, einzelne über mohnkorngrosse papulöse Hervorragungen zu gewahren, welche im Centrum eitrig einzuschmelzen beginnen. In dem localen Drüsengebiet, an der Mundschleimhaut und der allgemeinen Decke sind sonst keinerlei krankhafte Veränderungen zu bemerken. In Abstreifpräparaten des Geschwürssecretes sind Tuberkelbacillen nicht nachweisbar.

Eine der gegenwärtigen Ulceration ähnliche Läsion der Unterlappe, damals nur in der Mitte des Lippenroths situirt, hatte den Kranken schon vor neun Monaten der Beobachtung zugeführt. Die Annahme, dass es sich um eine luetische Initialmanifestation handle, müsste selbst zu jener Zeit alsbald fallen gelassen werden, da weder Allgemeinerscheinungen auftraten, noch durch die specifische Localtherapie irgend eine Besserung zu erzielen war. Erst auf energische Lapisirung kam die schon seit vier Monaten bestehende Ulceration zur Benarbung. Die nunmehr bestehende, vom Kranken als sehr schmerzhaft bezeichnete Läsion soll vor 2 Monaten mit der Bildung von kleinsten nebeneinander sitzender Knötchen begonnen haben, die späterhin confluirten und zerfielen. Vater des Patienten starb an Lungentuberculose, er selbst weist, abgesehen von einer incompleten (äusseren) Mastdarmfistel, keinerlei als tuberculöse zu deutende Krankheitserscheinungen auf.



2. Einen 46jähr. Kranken mit extragenitaler Initialmanifestation in Form einer Paronychie am Nagelglied des rechten Zeigefingers und gruppirtem miliär-papulösen Exanthem im Gesicht und an der Kopfhaut. Patient weist am Stamme ein dichtes maculo-papulöses, zum Theil in Involution begriffenes Exanthem auf, das Gesicht, sowie die zum grossen Theile kahle Kopfhaut sind dicht von fingernagel- bis thalergrossen, scharfumsäumten, im Centrum leicht eingesunkenen braunrothen Flecken eingenommen, welche bei genauer Besichtigung deutlich erkennen lassen, dass sie ihre eigenthümliche Configuration, der Confluenz kleinster papulöser Efflorescenzen verdanken. Der Initialaffect am Nagelglied des r. Zeigefingers hat zu beträchtlicher Verdickung der Endphalange und violettrother Verfärbung ihres prallgespannten und verdünnten Integuments geführt.

3. Einen 12jähr. Knaben mit mycotischem Eczem des rechten Unterschenkels. Der rechte Unterschenkel sowie das untere Drittel des Oberschenkels sind dicht, von bohnengrossen, meist rundlichen, einzeln und in bogenförmigen Gruppen stehenden rosen- und dünklerrothen Efflorescenzen eingenommen, welche einen feingezackten, leicht elevirten Rand aufweisen und im Centrum von festhaftenden gelblichweissen, stellenweise ziemlich dichten Schüppchen besetzt sind. Beim Versuche, die Schuppen abzulösen, werden punktförmige Blutungen des Papillarkörpers provocirt. Die trockene Beschaffenheit der Efflorescenzen sowie die stärkere Schuppenauflagerung lässt das Krankheitsbild jener Psoriasisform nicht unähnlich erscheinen, bei welcher es zu nur mässiger Desquamation kömmt. Die Entstehung der Dermatose ist in diesem Falle auf die prolongirte Application von Kunstumschlägen zurückzuführen, welche vor einer Woche gegen eine phlegmonöse Entzündung des Unterschenkels angewendet wurden.

Kaposi und Neumann erklären die Affection für Herpes tonsurans.

Neumann theilt bezüglich der von ihm in der Gesellschaft der Aerzte vorgestellten Kinder mit Tuberculose an der Circumcisionsstelle mit, dass der Beschneider von ihm untersucht worden sei; an den Lungenspitzen zeigte sich nur eine geringe Infiltration, doch waren im Sputum massenhaft Tuberkelbacillen nachweisbar.

Kaposi stellt einen 56jährigen Kranken mit einem Granulom am linken Handrücken und an der Nase vor. Vor einem Monate war an der Hand eine polsterartige Auftreibung einer Schwellung zu sehen, die Haut stellenweise schwarzblau, die Basalphalanx des Ringfingers um die Hälfte verdickt, die Nase enorm vergrössert, dunkelroth und höckerig; der knorpelige Antheil der Nase stark verdickt. An der Hand konnte man feststellen, dass die Geschwulst eine sehr derbe Masse sei, welche nur die Weichtheile betraf. Die Krankheit besteht seit drei Jahren. Gegen die Annahme eines hämorrhagischen Sarcoms spricht, dass ausser der Nase und der Hand kein anderer Körpertheil betroffen ist; gegen die Annahme eines Rhinoscleroms spricht das Freisein von Mund und Kehl-

kopf. Die mikroskopische Untersuchung hat weder Tuberkelbacillen noch andere Organismen nachweisen lassen; man kann nur sagen, dass es sich um einen chronischen Entzündungsprocess handelt. Aehnliche Infiltrate finden sich übrigens bei Thierinfectionen. Die Haut wurde mit Salicylseifenpflaster behandelt, die Nase unbehandelt gelassen; an beiden Stellen trat eine wesentliche Rückbildung des Processes ein. Tuberculininjectionen haben auf den Kranken nicht eingewirkt.

Kreibich berichtet über die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung in dem vorgestellten Falle. Es fanden sich kleine Knötchen mit peripheren Rundzellen und centralen epitheloiden Zellen. Riesenzellen wurden nur hie und da gesehen.

Mraček hat eine ähnliche Geschwulst am Labium maius gesehen; die mikroskopische Untersuchung liess Tuberkelbacillen nachweisen. Gerade bei chronischer Tuberculose gelingt es oft sehr schwer, Tuberkelbacillen aufzufinden.

Kaposi stellt einen 15jährigen kyphoskoliotischen Patienten mit Hyperidrosis spinalis superior vor. Schon im ersten Lebensjahre hat die Mutter des Kranken starke Schweissbildung an seiner Nase beobachtet; seither ist bis zu seinem achten Lebensjahre successive an der Oberlippe, der Stirne, dem inneren Augenbrauentheil, am Kinn, Hals, am Stamme bis zur sechsten Rippe und an den Armen bis an die Handwurzelgelenke übermässiges Schwitzen aufgetreten. Seit sieben Jahren ist die Erscheinung constant geblieben. Der bedeckte Körper schwitzt nicht; wird ein Arm blossgelegt, so tritt sofort ein heftiger Schweissausbruch auf, indem sich successive im Gesichte, am Halse, an der Innenfläche der Arme und am Stamme einzelne Hautinseln mit grossen Schweisstropfen bedecken, bis nach einigen Minuten die betreffenden Partien ganz mit Schweiss bedeckt sind; ein solcher Schweissanfall kann auch von der Schleimhaut aus durch einen Trunk kalten Wassers hervorgerufen werden; im warmen Bade hört der Anfall auf. Eine Pilocarpininjection ruft allgemeinen Schweiss hervor, zuerst und am intensivsten an der Schweisszone; die durch eine elastische Ligatur anämisirte Extremität schwitzt aber auch nach Pilocarpininjection nicht; wird nun Atropin eingespritzt, so verschwindet der Schweiss am ganzen Körper. Bei der Lösung der elastischen Ligatur tritt als Folge des Blutzustroms wieder der Schweiss an dem früher anämisirten Arme auf und verschwindet erst allmälig. Es handelt sich hier um eine erhöhte Reizbarkeit der vasomotorischen Centra des oberen Rücken- und unteren Halsmarks, veranlasst durch eine Hydromyelie.

Freund zeigt die Abbildung eines durch den Rodinalentwickler (Paramidophenolnatrium) an der Hand eines Photographen entstandenen artefiellen Eczems mit Fissuren am Handrücken und erinnert an die bei Photographen häufig zu beobachtenden Eczeme in Folge Formol-, Pyrogallus- und Hydrocliniongebrauch, sowie die locale Asphyxie, die durch den Metolentwickler erzeugt wird.



Kaposi demonstrirt einen Fall von Acne varioliformis an der Sternalregion.

Rezek demonstrirt aus der Abtheilung Lang:

Einen Fall von Lues mit extragenitaler Initialmanifestation an der linken Mamma.

Eine Frau mit Sclerosis mammae, welche im August 1898 die Lactation bei einem elenden Kinde einer guten Freundin übernahm, an welchem sie zwar schon bei der Uebernahme einen Ausschlag bemerkt hatte, den sie jedoch, da er den Versicherungen der Freundin zufolge schon seit Geburt bestand, für bedeutungslos hielt. Einen Monat, nachdem sie das Kind gestillt hatte, bemerkte sie das Auftreten eines kronengrossen derben, nässenden Knotens am linken Warzenhof und gegenwärtig, das ist nach weiteren fünf Monaten, findet man neben einem Sclerosenresiduum am linken Warzenhof und einer durch induratives Oedem der Haut und des Zellgewebes und Infiltration des acinösen Gewebes bedingten Vergrösserung der linken Mamma multiple Drüsenschwellungen mit beträchtlich geschwellten axillaren Lymphdrüsen. Ausserdem hat die Frau Papeln am Genitale, ein Palmar- und Plantarsyphilid, und am Stamme ein ausgebreitetes gross-papulöses Exanthem, dessen Efflorescenzen theils einzeln, theils in dichten Gruppen stehen und stellenweise zu grösseren Herden confluiren.

Anschliessend daran ein 8 Mon. altes Kind mit hereditärer Lues, von dem der vorige Fall inficirt wurde; dasselbe ist in sehr elendem Ernährungszustande, hat ein aufgetriebenes Abdomen. Man findet bei ihm ein pustulöses Syphilid am Stamme und an den Extremitäten, eine einzeln stehende Pustel am linken Antithenar, Infiltrate am Anus links und Residuen von solchen an den Handtellern und Fusssohlen. An den Rippen die Knorpelknochengrenzen aufgetrieben, die Stirnhöcker prominent, beide Hände in den Metacarpophalangealgelenken in Beugecontractur, dabei die Daumen in die Vola eingeschlagen, den rechten Daumen im Metacarpo-Phalangealgelenke subluxirt, zahlreiche Fingergelenke ganz difform. Gegenwärtig hat das Kind eine zweite Amme, weil es, wie die Mutter des Kindes bona fide angibt, von der ersten in der Ernährung heruntergebracht und krank gemacht wurde.

Neumann erwähnt einen Fall von extragenitalem Primäraffect an der Mamma, der durch Biss entstanden war.

Lang berichtet über einen Fall schwerster Hydrargyrose. Es ist den Fachcollegen sehr wohl bekannt, dass im Verlaufe mercurieller Behandlung nicht allein Salivation, Stomatitis, Ulcerationen der Schleimhaut innerhalb der Mundhöhle, Nekrosen der Zahnfächer und Kiefer, sondern mitunter auch ausgedehnte Mortificationen innerhalb der Mundhöhle vorkommen können. So theilte Neisser einen Fall mit, bei welchem es nach Inunctionen zu Gangrän an der Zunge gekommen war, nach welcher grosse Fetzen derselben sich abstiessen. Auch Fournier berichtet über einen Fall, den er einige Jahre vorher wegen cerebraler Lues mit Frictionen behandelt hatte und bei welchem er, als Recidiv



seiner cerebralen Lues aufgetreten war, neuerdings Frictionen, die der Kranke früher sehr gut vertragen hatte, in Anwendung brachte. Bei diesem Patienten trat im Verlaufe der mercuriellen Behandlung (Fournier gibt die Anzahl der Inunction nicht an) eine so ausgedehnte Gangrän der Zunge auf, dass der Patient hiedurch in grosse Gefahr gekommen war und dass viele Wochen verstrichen, bis die gangränösen Theile sich abgestossen hatten. In den letzten Jahren ist man auch auf Erkrankungen der Niere und des Darmes während der Mercurbehandlung aufmerksam geworden.

Seit mehreren Jahren schon weist der Vortragende auf die grossen Gefahren hin, welche herabgekommenen Individuen, insbesondere solchen, die an schwerer Anämie leiden, bei der Mercurtherapie unterworfen sind. Es ist nachdrücklich zu betonen, dass alle diese Gefahren in gleicher Weise bestehen, gleichviel in welcher Form Mercur zur Anwendung gelangte. Bekannt sind auch diejenigen Fälle, in welchen mercurielle Intoxicationserscheinungen bei solchen Personen auftraten, die sich nur in Räumen aufhielten, in welchen flüchtige Quecksilbermittel, zumeist Salben zur Application gelangten. So hat man Salivation und Stomatitis bei Personen beobachtet, die dasselbe Zimmer mit einem privat mit Frictionen behandelten Kranken bewohnten. Stomatitis bei Wärterinen, welche mit Salbenbehandlung der Kranken betraut waren, hat der Vortragende selbst das eine und das andere Mal beobachtet und war auch in der Lage, in einem Falle Mercur durch Untersuchung des Harnes im chemischen Laboratorium nachweisen zu lassen. Auf seine jüngste Beobachtung übergehend, theilt der Vortragende mit, dass ein 22jähriger Bursch, der nach einer Zahnextraction unstillbare Blutung zeigte, auf eine chirurgische Abtheilung des Allg. Krankenhauses gebracht wurde, daselbst fünf Tage verblieb und dann wegen Geschwüren am weichen Gaumen auf die Abtheilung des Vortragenden transferirt wurde. Bei dem ungemein herabgekommenen, hochgradig anämischen Individuum fand man Spitzeninfiltration und Geschwüre am weichen Gaumen und an der Epiglottis, die den unzweideutigen Charakter von Tuberculose an sich trugen, in Folge dessen der Kranke selbstverständlich gar kein Mercur erhielt, sondern nur Bepinselungen mit ätherischer Jodoformlösung. Eine Woche später trat spontan aus einem der Geschwüre heftige Blutung auf, so dass der Galvanocauter in Anwendung gebracht werden musste. Nach einigen Tagen bemerkte man ein Geschwür an der Zungenspitze und Unterlippe. Zwei Tage darauf schwoll die Zunge mächtig an und es drängte sich sofort der Verdacht einer Hydrargyrose auf. Insbesondere war die linke Zungenhälfte der Sitz einer teigig weichen, circumscripten Schwellung, innerhalb derselben Fluctuation jedoch nicht zu entdecken war. Man musste, da der Kranke nicht eine Spur Quecksilber in irgend einer Form weder local noch allgemein erhalten hatte, daran denken, dass er unter der Einwirkung der Quecksilberdämpfe des Krankenzimmers die Hydrargyrose bekam. In dem grossen, geräumigen, lichten und luftigen Krankensaal, der 24 Betten in sich fasst, befanden sich nämlich



während des Aufenthaltes des genannten Burschen einige Kranke, an welchen die Säckchentherapie mit grauer Salbe nach Welander zur Anwendung gebracht wurde. Die grösste Zahl dieser Kranken war 6, die geringste 5. Eine Salbenbehandlung in anderer Form hat während dieser Zeit auf dem Zimmer nicht stattgefunden. In Parenthese wird bemerkt, dass unter der Therapie mittels Säckchen, die innen mit grauer Salbe bestrichen sind, die syphilitischen Erscheinungen thatsächlich in sehr prompter Weise sich zurückbilden, dass auch wie sonst bei Mercurbehandlung ab und zu bei der Säckchentherapie unterworfenen Kranken Stomatitis, beziehungsweise Salivation und Gingivitis beobachtet wurden. Da es für den Vortragenden zweifellos war, dass die schwere Glossitis bei dem jungen Burschen durch Mercurdämpfe von Präparaten, die auf dem gleichen Zimmer bei anderen Kranken zur Anwendung gelangt waren, sich ausgebildet hatte, so wurde er sofort auf ein anderes Zimmer gebracht, wo keine Salbentherapie vorgenommen wurde. Nichtsdestoweniger steigerte sich nicht nur die Glossitis, es bildeten sich auch unter enormer Schwellung der Wangenschleimhaut Ulcerationen an derselben aus, es traten ödematöse Schwellungen aussen an der Haut der Wangen und des Halses hinzu. Pat. litt unter unversiegbarem Speichelfluss, das Oeffnen des Mundes war nur unter grossen Schmerzen möglich, das Schlingen erschwert, die Nahrungsaufnahme nur auf Flüssigkeiten beschränkt. Am 26. des vorigen Monates hatte der Kranke einen Erstickungsanfall, am 27. konnte man frische Pneumonie nachweisen. Am Abende trat Exitus ein. Schon bei der Aufnahme zeigte Pat. Temperaturen um 39° herum, die im weiteren Verlaufe bis über 40° stiegen. Das anfängliche Fieber wurde auf die bestehende Lungen- und Kehlkopftuberculose bezogen. Diarrhöen hatten während des ganzen Aufenthaltes nicht bestanden.

Um auch objectiv einen Beweis für die, wenn auch durch indirecte Zufuhr erfolgte Aufnahme des Quecksilbers zu erlangen, hatte man gleich nach Auftreten der Glossitis den Harn gesammelt, damit er auf Quecksilber untersucht werde. Thatsächlich fand sich im Harn reichlich Quecksilber vor.

Bei der Obduction fand man tuberculöse Geschwüre am weichen Gaumen, an der Epiglottis, an der hinteren Larynxwand, einen kirschgrossen hämorrhagisch-nekrotischen Herd in der Zungensubstanz links, Lungentuberculose, Tuberculose des Darmes und linksseitige Pneumonie.

Von den Leichenbestandtheilen wurde ein Stück Leber und eine Niere zur chemischen Untersuchung verwendet. In der Leber fand sich kein Quecksilber, dagegen ergab die Niere reichlich Mercur.

Der Vortragende macht zum Schlusse darauf aufmerksam, dass es nur der hochgradigen Anämie des Individuums zuzuschreiben ist, dass die Hydrargyrose bei demselben einen so schweren Charakter annahm.

Neumann bespricht im Anschlusse daran die heute mehrfach vertretene Ansicht, dass die Inunctionscuren das Quecksilber auf dem Wege durch die Lungen dem Körper zuführen; er habe auf seiner Klinik, wo stets gut gelüftet werde, noch keinen Fall von Salivation gesehen, der durch Einathmung von Quecksilberdämpfen entstanden wäre.

Ueber Wunsch mehrerer Mitglieder schlägt der Vorsitzende vor, die Debatte über die Zufuhr des Quecksilbers auf die Tagesordnung einer der nächsten Sitzungen zu setzen.

Neumann demonstrirt einen 42jähr. Mann mit Syphilis praecox und gleichzeitig Carcinoma penis. Syphilis acquirirt im November 1898. Auf die angeblich gangränöse Sclerose erhielt er Sublimatüberschläge und machte 15 Einreibungen. Die Glans penis fehlt vollständig. Von einem central warzig zerklüfteten, sehr derben Geschwür zieht nach der Penishaut hinüber nach allen Seiten hin eine glatte, glänzende Narbe von livid brauner Farbe, so dass das Ganze einem amputirten Penisstumpfe ähnlich sieht. Der rudimentäre Stummel sowohl wie auch der Schwellkörper des Penis selbst bis über die Mitte des Penisschaftes von fast brettartiger Härte. An der Penishaut und am Mons veneris je ein kreuzergrosses, mit schmutzig gelbbrauner Borke bedecktes Geschwür mit etwas aufgeworfenen, infiltrirten, braunrothen Rändern. In Inguine beiderseits mehrere bohnengrosse Drüsen. Cubitaldrüsen beiderseits haselnussgross. Am rechten Oberarm in den Cubitalbeugen und am Rücken zerstreut, namentlich über den Scapulae kreuzer- bis guldenstückgrosse, knotig vorspringende Infiltrate oder Geschwüre, die zum Theile mit einer dünnen, braunrothen Kruste, zum Theile mit austerschalenartigen, schmutziggrauen Borken bedeckt sind und meist entsprechend seinem schlechten Ernährungszustand von einem blasslividen Hofe umgeben sind. An der behaarten Kopfhaut und besonders mächtig an Schläfe und Kinn über haselnussgrosse, vorspringende Knoten oder kraterförmig sich vertiefende, speckig belegte Geschwüre. Beide rückwärtige Gaumenbogen und Tonsillen in ein schmutzig belegtes, tief greifendes Geschwür umgewandelt, deren Ränder weithin lebhaft geröthet sind. An den Wangenpartien der Bart vollständig fehlend, am linken Kinn an einer inselförmigen, kreuzergrossen Stelle die Haut daselbst pigmentlos (Alopecia areata).

Einen 31jähr. Arbeiter mit Framboesyphilis. Syphilis an Flachhand und um den Mund. Syphilis acquirirt im Sommer 1897, zweimal mit Einreibungen privat behandelt, im letzten Monate Quecksilberpillen; jetzt zeigt er an der rechten Flachhand fast haselnussgrosse, knotig vorspringende Geschwülste von drusig warziger Oberfläche, an deren Rand die Epidermis in dicken Hornlagen wallartig aufgeworfen ist. Eine Gruppe, daran fast nussgrosse, ausserdem zwei braunrothe, hanfkorngrosse, in die Haut eingesprengte Knötchen. An der linken Flachhand eine ganz ähnliche Gruppe von haselnussgrossen Knötchen und zwei über linsengrosse, exulcerirte Knötchen. Am linken Mundwinkel $^1/_2$ Cm. hohe, elearte, von Furchen durchzogene und mit braunrothen Krusten bedeckte warzige Neubildungen. In der Kinnfurche eine fast kronengrosse Geschwulst von brombeerartiger Oberfläche.

In geringerem Masse in ähnlicher Weise der rechte Naseneingang afficirt. Eine ähnliche Gruppe noch an der Nackenhaargrenze, noch im behaarten Theile liegend.



Einen 26jähr. Kranken mit pustulösem Syphilid. Primäraffect im November 1898. In inguine beiderseits bohnengrosse Drüsen, Cubitaldrüsen halbbohnengross. Seitlich am Halse scrophulöse Narben und vereiterte Lymphdrüsen. An der Streckfläche der Vorderarme und am Rücken, besonders in der Lumbalgegend meist zu kreuzergrossen Gruppen angeordnete, hanfkorngrosse Efflorescenzen, die in der Mitte eitrig eingeschmolzen sind oder eine eitrige Borke tragen. An Zahl nehmen diese an den Oberschenkeln zu. Die Gruppen sind hier von einem lividen Hof umgeben oder im Centrum einer papulösen Efflorescenz ein kraterförmig eingezogenes Geschwür. An den Unterschenkeln so dicht gedrängt, dass sie zu fast zusammenhängenden Geschwürsflächen confluirt sind; wo die Krusten abgefallen sind, liegt ein gelblich, speckig belegtes Geschwür vor mit abfallenden, wie ausgeschnittenen Rändern. Mund und Rachengebilde normal. Hand und Fusssohlen frei.

Einen 64jährigen Pfarrer mit Psoriasis vulgaris, bei welchem es entsprechend seines schlechten, herabgekommenen Allgemeinzustandes nicht mehr zur Bildung von auflagernden Epidermismassen, sondern zum Nässen grösserer psoriatischer Hautpartien gekommen ist. An der Brust und rechten Nackengegend die Haut in grosser Ausdehnung verdickt geröthet, nässend, setzt sich gegen die normale Haut in scharfen Bogenlinien ab. An den Ohrmuscheln und unbebarteten Theile des Gesichtes honiggelbe Krustenauflagerungen, unter denen klebriges Serum absickert von den gleichfalls scharfabgesetzten, verdickten und gerötheten Hautpartien. An der Streckfläche des linken Vorderarmes zwei über kreuzergrosse, mit silberweissen Epidermislamellen bedeckte Plaques. An Streck- und Beugeflächen der Unterschenkel die Haut diffus geröthet, gespannt, mit Krusten bedeckt und in grösserer Ausdehnung nässend; ebenso am Scrotum und Penishaut. Der Kranke wurde bereits wiederholt in der Klinik wegen Psoriasis mit Arsen, Pyrogallus behandelt.

Einen 24jährigen Kranken mit Sclerose und papulo-pustulösem Exanthem. Krankheitsdauer 10 Wochen.

An der Penishaut rechts eine über thalergrosse livide Narbe, in deren Mitte ein thalergrosses, mit Borken bedecktes Geschwür ist. Stamm und Extremitäten mit einem gross lenticulären, knotigen Syphilid bedeckt; die einzelnen Efflorescenzen in der Mitte abschilfernd, einige in der Mitte dellig eingesunken. Auch an der Stirne und Augenbrauenbogen und Kopfhaut dieselben lenticulären Efflorescenzen, aber mehr rostfarbig.

Eine 42jähr. Patientin mit Lupus erythematosus. Die Affection besteht seit 4 Jahren.

Am Nasenrücken und an der Wange rechts je eine kronengrosse, scheibenförmige Stelle, an welcher auf gerötheter, mit ectatischen kleinen Gefässen durchzogener Haut dünne, schmutzigbraune Krustenauflagerungen bestehen. An der Nasenspitze die Haut narbig atrophisch. Die Follikel zum Theil erweitert, zum Theil mit Comedonen vollgepfropft, die Ohrmuscheln beiderseits geröthet oder rostfarbig mit dünnen, festhaftenden Schuppenlamellen bedeckt, ähnlich die Ohrmuschel selbst, gleichfalls an



der angrenzenden Haut der Wange und Stirne linsen- bis kreuzergrosse Plaques mit etwas eingesunkenem, narbig atrophischen und häufig mit festhaftenden kleinen Schuppen bedeckten Centrum. Es bestehen Stuhl- und Menstruationsanomalien. Therapie bestand in der ersten Zeit im Alkoholbetupfen, später in Einpinselungen mit Theer und Maske aus Kautschuk darüber.

Eine 43jährige Hebamme mit ulcerösem Syphilid. Primäraffect vor einem Jahr.

An der Innenfläche der kleinen Labien an gegenüberliegenden Stellen dichtest gedrängte, stecknadel- bis hanfkorngrosse Geschwüre, scharf wie ausgeschnitten, Rand unterminirt, dieselben dicht, fast confluirend, durchbohren die Haut bienenwabenartig. Keine Inguinaldrüsen. Portio apfelgross. Orificium lacerirt, unregelmässig zackig. Die Fossa navicularis durch tiefgreifende Einrissnarben nach Partus deformirt. Ueber dem Scheitel an der behaarten Kopfhaut vier locheisenförmig vertiefte Geschwüre mit honiggelben Krusten bedeckt, der Rand aufgeworfen, derb infiltrirt, der Grund speckig belegt, aus den Randpartien lässt sich schwappender Eiter auspressen. An der Unterlippe ein haselnussgrosses Infiltrat mit Krusten bedeckt. Am linken hinteren Gaumenbogen und Tonsille ein streifenförmiges, tief gefurchtes, eitrig belegtes Geschwür. An der Rückenhaut, namentlich an den unteren Extremitäten zerstreut meist kreuzergrosse, peripher rostfarbene Narben. Am rechten Ohr ein ähnlicher, bereits zerfallender Knoten wie an der Unterlippe. Keine Cubital- und Halsdrüsenschwellung.

Verhandlungen der Berliner dermatologischen Gesellschaft.

Sitzung vom 7. März 1899.

Vorsitzender: Lesser. Schriftführer: Saalfeld.

---

1. **Lesser** berichtet, dass die in der vorigen Sitzung eingesetzte Commission behufs der zu ergreifenden Massregeln betreffend die Anzeigepflicht der Aerzte bei Geschlechtskrankheiten beschlossen habe, an die drei in Betracht kommenden Minister, sowie an den Generalstabsarzt der Armee, den Polizeipräsidenten von Berlin und den Vorsitzenden der Aerztekammer der Provinz Brandenburg eine Eingabe zu machen und das Referat des Hrn. Rosenthal derselben beizulegen.

2. **Pinkus** stellt eine 40jährige Kranke vor, welche seit 2½ Jahren über starkes Jucken klagt und ein halbes Jahr später eine allgemeine Vergrösserung der Lymphdrüsen bekam. Nebenbei besteht seit längerer Zeit Husten und Auswurf. Die Haut zeigt vielfach bräunliche Pigmentirungen. Die Primärefflorescenzen sind linsengrosse Quaddeln, welche das Bild der Urticaria papulosa oder vesiculosa darbieten. Interessant ist die Combination des Exanthems mit der zugleich bestehenden allgemeinen Lymphdrüsenvergrösserung. In der Literatur sind etwa 13 derartige Fälle beschrieben. P. hat in den letzten 3—4 Jahren 4 ähnliche Fälle beobachtet. Bei Pseudoleukaemie und bei tuberculösen Lymphdrüsenvergrösserungen sind derartige juckende Exantheme beobachtet worden. Vor einem Jahr ist bei der Patientin die rechte Achselhöhle ausgeräumt worden unter der Diagnose tuberculöse Lymphadenitis. Bald darauf traten explosionsartig an Hals und in der Achselhöhle Lymphdrüsenanschwellungen auf und auch die Milz intumescirte. Dagegen zeigte sich im Blut keine Vermehrung der Lymphocyten oder der weissen Blutkörperchen überhaupt, auch der ganze Habitus der Kranken sprach gegen Pseudoleukämie. In der Lunge besteht eine kleine Dämpfung rechts hinten. Die Lymphdrüsenpackete bestehen aus harten, nicht mit einander verwachsenen Lymphdrüsen. Tuberkelbacillen sind niemals gesehen worden. Da aber sowohl bei pseudoleukämischen als auch bei tuberculösen Lymphadenitiden, sowie auch nach Anschwellung der Milz bei Malaria Urticaria beobachtet worden ist, so ist auch in diesem Fall wohl ein Zu-



sammenhang zwischen der Hauterkrankung und der Lymphdrüsenvergrösserung anzunehmen. Die Ansicht von Paltauf, dass Hautaffectionen nur dann als Folge der Lymphdrüsenvergrösserung betrachtet werden können, wenn dieselbe schon vor den Erscheinungen auf der Haut vorhanden waren, ist nicht stichhaltig, da eine Urticaria schon vorher durch einen zu vermuthenden ätiologischen Giftstoff hervorgerufen sein kann. P. zeigt mehrere Abbildungen aus der Breslauer Klinik, von denen die eine Pseudoleukämie mit typischer Milzvergrösserung betrifft, während der zweite Fall ungefähr dem Bilde der vorgestellten Patientin entspricht.

Joseph spricht sich ebenfalls dafür aus, dass ein bestimmter Zusammenhang zwischen den beiden Symptomen bestehen muss. Er selber hat bei Pseudoleukämie derartige chronische Urticariaformen beschrieben und auf dem Strassburger Congress auf einen ähnlichen Fall hingewiesen, in dem ein Pankreascarcinom diagnosticirt werden konnte. In dem vorgestellten Fall wäre es allerdings denkbar, dass hier Stoffwechselstörungen bestehen und vielleicht gibt die Untersuchung auf Indican einen Wegweiser.

Pinkus hat im Urin keine pathologischen Producte gefunden. Der Fall von Joseph sei übrigens der einzige, bei dem die Lymphdrüsenvergrösserung vorangegangen sei. In allen anderen Fällen sei die Schwellung zugleich oder erst später aufgetreten.

3. **Fischel** stellt einen Patienten mit universellem Lichen ruber planus vor. Ueberall sind typische Efflorescenzen, an einzelnen Stellen grössere Plaques vorhanden. An den Händen des Patienten zwischen Zeigefinger und Daumen sind die Efflorescenzen denen von Pityriasis rubra pilaris ähnlich. Vielleicht kann hieraus eine Identität der Pityriasis rubra pilaris mit dem Lichen ruber acuminatus hergeleitet werden. Den mikroskopischen Befund will F. noch nachliefern.

Blaschko glaubt, dass der vorgestellte Fall nur ein reiner Lichen ruber planus sei, dessen Efflorescenzen nur an einzelnen Localisationen denen der Pityriasis rubra pilaris ähnlich wären. Bei genauer Inspection sieht man, dass hier auf dem Handrücken der Ausschlag die Follikel ergriffen und an diesen Stellen zur Lichenification geführt hat. In Folge dessen würde dieser Fall nicht in die Gruppe der Pityriasisfälle hineingehören und nur an einzelnen Stellen eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Bilde der Pityriasis rubra pilaris oder dem Lichen ruber acuminatus darbieten.

Rosenthal spricht sich ähnlich aus. Nach seiner Ueberzeugung kann dieser Fall nicht dazu verwendet werden, um eine Identität zwischen Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris zu beweisen, da sich die Erscheinungen nur auf einzelne Follikel beschränken. Sonst ist aber kein einziges Symptom vorhanden, welches zu dem bekannten Bilde der Pityriasis rubra pilaris gehört. Hieraus eine Diagnose oder eine Identität herleiten zu wollen, ist nicht angängig. Es handelt sich also um einen Fall von Lichen ruber planus.

Lesser schliesst sich diesen Ausführungen an. Beim Lichen ruber acuminatus sind stets die Follikel ergriffen. Beim Lichen ruber planus kommt das auch nicht ganz selten vor, und daher entstehen Mischformen, wie er sie auch öfters gesehen hat.

4. **Blaschko** stellt einen 17jährigen Patienten mit allgemeiner Angiomatose vor, bei welchem sich am ganzen Körper Teleangiektasien gezeigt haben, die von einem Naevus ausgegangen sind. Derselbe bestand auf der rechten Seite des Bauches; von dort aus haben sich die Teleangiektasien allmälig immer weiter verbreitet. Eigenthümlich ist, dass in der Mittellinie diese Gefässerweiterungen plötzlich abschneiden und dass die rechte Rumpfhälfte mehr befallen ist als die linke. In letzter Zeit haben sich auch einige Teleangiektasien auf dem Kopf und im Gesicht gezeigt. Im 7. und im 14. Lebensjahr hatte Patient je einmal Hämorrhagien aus der Harnröhre. Jetzt ergibt die Untersuchung keinerlei wesentliche Veränderungen. Praktisch ergibt sich aus dem Fall, dass man bei Kindern auch kleine Teleangiektasien nicht übersehen und dieselben, wenn sie nicht gar zu gross sind, bald zerstören soll. Für diesen Fall ist die Annahme einer Metastase oder eines parasitären Ursprungs absolut ausgeschlossen. Vielmehr muss man annehmen, dass ein bestimmtes Gewebe im ganzen Organismus gleichartige Veränderungen eingeht oder allmälig beeinflusst wird. In welcher Weise das geschieht, entzieht sich der Erklärung.

5. **Gebert** stellt eine Patientin mit einem tuberösen Jodexanthem vor. Dieselbe bekam wegen eines Augenleidens Jodkali in der gewöhnlichen Quantität. Schon am 2. Tage nach der Einnahme des Medicaments traten Flecke auf, die sich allmälig vergrösserten und bis gestern anhielten, wo das Jod ausgesetzt wurde. Es bestehen knotige Efflorescenzen und ein hämorrhagisches Exanthem am ganzen Körper.

6. **Gebert** berichtet über eine Patientin, welche an der linken Unterkörperhälfte vom Nabel bis abwärts einen partiellen Albinismus, der sich durch weisse Flecke von Thaler- bis Handtellergrösse charakterisirte, darbot. Die Affection war nur halbseitig. In der Linea alba schnitten die Flecke ab. Diese Fälle von halbseitigem partiellen Albinismus sind einem halbseitigen Naevus zu vergleichen.

Lesser hat in seinem Lehrbuch einen Fall von Albinismus veröffentlicht, welcher dem Ausbreitungsgebiet eines Nerven entsprac.. Hieraus glaubt L. auf die Existenz der pigmentirten Nerven-Naevi schliessen zu dürfen.

7. **Ledermann** stellt einen Knaben von 13 Jahren vor, welcher seit seinem 1. Lebensjahr an den nicht bedeckten Körperstellen erkrankte, sobald sie der Sonne ausgesetzt wurden. Es traten dann Infiltrationen und Blasenbildungen auf, die mit Narben abheilten. Die Ohren sehen jetzt zum Theil vollständig verunstaltet aus, da ganze Stücke fehlen. Die Narben sind zum Theil oberflächlich, zum Theil tief und pigmentirt. Wenn der Patient barfuss geht, erkrankt er auch an den Füssen. Am schlimmsten ist die Affection vom April bis September. Aber auch im



Winter, sobald es sonnig ist, bilden sich neue Erscheinungen. Auch an den Augen haben sich Blasen gebildet und bestehen jetzt Maculae corneae. In Folge dieser Localisation hat sich der Habitus des Patienten vollständig geändert, weil er stets aus Furcht vor dem Licht gebückt geht. Die Affection ist als summer eruption anzusprechen und ist mit der Hydroa vacciniformis Bazin's identisch. Im Ganzen sind die Fälle ziemlich selten.

Rosenthal erwähnt, dass derartige Fälle mehrfach als Pemphigus aufgefasst worden sind, dass dieselben aber, wie er bereits auf dem Grazer Congress geäussert hat, eine ganz bestimmte Krankheitsgruppe mit wohl charakterisirten Merkmalen bilden. Zu Ehren Bazin's, dessen Bedeutung in Deutschland nicht genügend anerkannt wird, wäre es wünschenswerth, den ursprünglichen Namen dieses Autors, der die Affection zuerst beschrieben hat, Hydroea vacciniformis beizubehalten; obwohl es richtiger wäre, Hydroa varioliformis zu sagen, da die Vaccinepustel fast immer nur ein Kunstproduct ist und die bei dieser Affection auftretenden Pusteln in ihrem Aeussern eine Aehnlichkeit mit den Blasen der Vaccine oder vielmehr der Variola haben.

8. **Isaac II** stellt einen 38jährigen Patienten mit einem ausgedehnten Lichen ruber verrucosus vor, der sich vom Malleolus externus aus über den ganzen Unterschenkel innerhalb eines Jahres ausgebreitet hat.

9. **Siegheim** stellt einen Patienten von 29 Jahren vor, welcher neben Blasenbildungen und Efflorescenzen auf dem Handrücken auch solche im Munde und auf beiden Conjunctiven darbietet. Patient hat vor einer Reihe von Jahren Syphilis durchgemacht, ohne jemals einer Behandlung unterworfen zu sein, und hatte vor 3 Jahren eine deutliche Psoriasis palmaris et plantaris. Mithin kann man annehmen, dass das Erythema bullosum, welches hier vorliegt, in gewissem Zusammenhang mit der vorangegangenen Syphilis steht.

Rosenthal ist mit der Diagnose Erythema bullosum vollständig einverstanden. Was die ätiologische Deutung betrifft, so hat R. in seiner Arbeit „Erytheme bei Syphilis" in der Lewin'schen Festschrift auf die Combination von Lues und Erythema exsudativum multiforme oder nodosum hingewiesen. Gewöhnlich tritt diese letztere Affection im Anschluss an das secundäre Stadium, seltener in späteren Epochen auf. Mithin glaubt R., dass in dem vorgestellten Falle die Lues ätiologisch nicht von Bedeutung ist, dass aber hier ein interessanter Fall von Erythema bullosum mit Ergriffensein der Mundschleimhaut und der Conjunctiven vorliegt.

Heller schliesst sich diesen Ausführungen an. Er hat vor 3 Wochen eine Dame mit Herpes iris behandelt, bei welcher ebenfalls die Mundschleimhaut ergriffen war, ohne dass Lues anamnestisch oder klinisch nachgewiesen werden konnte.

Blaschko berichtet über einen Collegen, dessen ganze Familie (Vater und fünf Kinder) an Erythema exsudativum multiforme litt. Hauptsächlich wurde bei allen der linke Handteller ergriffen. Aber auch andere Stellen des Körpers waren häufiger befallen. B. glaubt, dass, wenn bei Luetischen solche Erytheme vorkommen, die häufig recidiviren, zwischen



ihnen und Lues nur ein ziemlich lockerer Zusammenhang zu bestehen braucht.

Siegheim verwahrt sich davor, die Mundaffection als specifisch angesprochen zu haben. Er meinte nur, dass die nichtbehandelte Lues einen ungünstigen Einfluss auf das Allgemeinbefinden ausgeübt habe und insofern Veranlassung zu wiederholten Attaquen gewesen ist.

10. **Buschke** stellt einen 42jährigen Mann vor, welcher seit 6 Jahren mit Schmerzen im rechten Ellbogengelenk erkrankt war, zu denen sich eine Deformirung und Functionsstörung hinzugesellt hat. Die Roentgenbilder zeigen eine plastische syphilitische Erkrankung der Ulna, welche unterhalb der Hälfte der Diaphyse der Ulna beginnt und bis zum Ellbogengelenk reicht. Einschmelzungserscheinungen sind nicht vorhanden. Tuberculose ist auszuschliessen, da keine Fisteln und keine Narbenbildung vorhanden ist. Bei Tuberculose zeigt sich auch niemals eine derartig starke plastische Periostitis. Vor 16 Jahren hat Patient Lues durchgemacht und war damals einer Schmiercur unterworfen worden. B. zeigt im Vergleich hierzu ein zweites Roentgogramm, welches von einem Patienten mit maligner Lues herrührt und in der Gegend des Handgelenks periostitische Einschmelzungen aufweist. Die Behandlung im vorgestellten Fall bestand in Jodkali, orthopädischen Uebungen, Bädern und Massage. Eine gewisse Besserung ist eingetreten.

Lesser macht darauf aufmerksam, dass das Charakteristische dieser Fälle von Syphilis darin besteht, dass zu gleicher Zeit Einschmelzungen und Knochenneubildung vorhanden sind, während bei Tuberculose niemals erhebliche Knochenverdickungen vorkommen. Auch in diesem Fall waren offenbar noch frischere Erscheinungen vorhanden. Im Roentgogramm ist eine Stelle zu sehen, die als gummöses Infiltrat zu deuten ist. Es bestand auch hier ursprünglich eine grössere Empfindlichkeit.

Heller macht auf die glatte Zungenatrophie des vorgestellten Patienten aufmerksam.

11. **Discussion über den Vortrag des Herrn Plachte:** Ueber die Aetiologie der Hautpigmentanomalien.

Lesser erwähnt nochmals, dass die Hypothese von Plachte schon deshalb unwahrscheinlich ist, weil bei dem Leukoderma die locale Entstehung aus syphilitischen Efflorescenzen beobachtet werden kann. Daher glaubt L., dass die Hypothese, die im wesentlichen auf diesem Pfeiler aufgebaut war, an Wahrscheinlichkeit verliert.

Rosenthal kann dieser Auffassung Lesser's nicht ganz beistimmen, da er mit Bestimmtheit Fälle beobachtet hat, bei denen sich Leukoderma gezeigt hat, ohne dass irgend welche syphilitische Exantheme vorher makroskopisch sichtbar gewesen sind. Lewin nahm bekanntlich an, dass das Leukoderma gar kein specifisches Symptom darstellt, und verwies auf eine Anzahl weiblicher Patienten, bei welchen er mit Bestimmtheit jede Lues bei der Anamnese ausschliessen konnte. So weit will R. nicht gehen, da er das Leukoderma als specifisches Symptom anerkennt. Gegen die Hypothese von Plachte spricht sehr vieles. Man



versteht nicht recht, warum die Schutzstoffe sich fast nur beim weiblichen Geschlecht entwickeln, da doch das Leukoderma bei Männern bekanntlich in verschwindend geringer Zahl auftritt, selbst bei denen, die der Luft ausgesetzt sind. Ferner ist schwer zu erklären, warum diese Stoffe nur am Hals und am Nacken Veränderungen bilden sollten und nur ausserordentlich selten an den übrigen Stellen des Körpers. Auch der Mangel des Leukoderma bei Kindern, bei denen dasselbe doch sehr selten ist, spricht gegen die Theorie. Ebenso ist es nicht erklärlich, warum nur bei der ersten Eruption und nicht auch bei späteren Ausbrüchen, die mitunter doch viel stärker sind als die ersten, sich wiederum von neuem Schutzstoffe ausscheiden sollten. Auch sonst scheint die Theorie Plachte's ihm im höchsten Grade anfechtbar zu sein.

Heller geht ausführlicher auf die bereits erwähnte Arbeit von Lewin und ihm über Leukoderma ein. Zur damaligen Zeit wurden Kranke, welche Papeln am Nacken und Hals zeigten, photographirt, um später, falls Leukoderma auftrat, die Platten auf einander zu legen und so einen Zusammenhang zwischen den beiden Symptomen nachzuweisen. Diese Untersuchungen haben zu keinem positiven Resultat geführt. Was Lewin zur Aufstellung seiner Theorie über die Entstehung des Leukoderma veranlasste, war der Umstand, dass beim Manne das Leukoderma sich nicht am Nacken localisirte, sondern am ganzen Körper. Dieses Moment lässt sich mit der von Lesser entwickelten Theorie nicht in Einklang bringen, denn sonst müsste das Leukoderma bei Männern sehr viel häufiger vorkommen, als es in der That beobachtet wird. Wäre die Auffassung richtig, dass Frauen am Hals freier gehen als Männer, so müsste z. B. bei Seeleuten oder bei Landleuten das Leukoderma viel häufiger sein. Gerade die Schwierigkeit, die Entstehung zu erklären, hat Lewin veranlasst, die Theorie der Pigmentcentren aufzustellen und anzunehmen, dass bei der Syphilis ein Reiz auf dieselben ausgeübt wird. Dies würde auch das häufigere Befallensein der Frauen erklären, wie auch bei der Sclerodermie Lewin und H. festgestellt haben, dass die nervösen Centren bei Frauen leichter beeinflusst werden. Diese Theorie ist in der Zwischenzeit viel angegriffen worden. Aber immerhin würde dieselbe eine der Hauptschwierigkeiten erklären. Was die Seltenheit des Leukoderma bei Kindern betrifft, so glaubt H., dass dieselbe damit zusammenhängt, dass acquirirte Syphilis bei Kindern überhaupt relativ selten ist. H. hat bei 4 Kindern, die durch Stuprum inficirt waren, Leukoderma beobachtet.

Lesser möchte vor allen Dingen constatiren, dass Heller sich in den heutigen Ausführungen nicht ganz auf den Standpunkt Lewin's gestellt hat. Nach seiner Anschauung ist das typische Leukoderma ein Syphilissymptom der secundären Periode. Was die Erklärung betrifft, so gibt L. zu, dass eine Reihe von Momenten vorhanden sind, die auch bei seiner Auffassung noch einer näheren Erörterung bedürfen, vor allem schon der Umstand, dass auch von den Frauen nur ein Drittel, allerhöchstens die Hälfte befallen wird, von den Männern noch viel weniger. Nach seiner Ueberzeugung handelt es sich um einen localen Vorgang.



Plachte führt in seinem Schlusswort aus, dass mit seiner Theorie, nach welcher die Schutzstoffe das Leukoderma hervorrufen, noch nicht der Urgrund gefunden ist. Nur möchte er behaupten, dass die Schutzstoffe, unter denen er überhaupt Veränderungen, die durch Syphilis im Organismus hervorgerufen werden, versteht, eine unerlässliche Vorbedingung für die Entstehung des Leukoderma sind. Ebensowenig wie Cholera- und Diphtheriebacillen im Organismus die Krankheit erzeugen müssen, ebensowenig brauchen die Schutzstoffe der Syphilis immer Leukoderma hervorzurufen. Die Hauptbedingung ist, dass ein Locus minoris resistentiae für die Einwirkung der Schutzstoffe vorhanden ist. Daher ist das Leukoderma bei Frauen viel häufiger als bei Männern. Bei ersteren sind die Hyperpigmentationen sehr viel öfter zu beobachten als bei letzteren. Vielleicht kommt das Leukoderma bei Männern häufiger an denjenigen Stellen vor, an welchen auch die Vitiligo bei denselben zu beobachten ist, am Anus und an den Genitalien. Auch könnte es zu einer Zeit auftreten, wo eine Beobachtung nicht stattfindet. Die Beobachtungen von Heller über das häufige Auftreten von Leukoderma bei Kindern scheinen eine gewisse Schwierigkeit für seine Theorie aus dem Wege zu räumen. Sonst müsste man annehmen, dass die Pigmentationsverhältnisse andere sind als bei Erwachsenen. Jedenfalls ist von Hyperpigmentation bei denselben keine Rede. Auch die Iris ist bekanntlich im kindlichen Alter noch einem Farbenwechsel unterworfen. Die Haut wird im ganzen bei fortschreitendem Alter dunkler pigmentirt. Mit Bezug auf seine weiteren Ausführungen, dass andere Pigmentanomalien vielleicht Schutzstoffen anderer Infectionskrankheiten ihre Entstehung verdanken, hat er in letzter Zeit 4 Fälle in der Literatur aufgefunden, in welchen in directem Anschluss an Infectionskrankheiten Pigmentanomalien aufgetreten sind. Im übrigen will P. noch sein gesammtes Material zu weiteren Ausführungen zusammenstellen.

O. Rosenthal.



Hautkrankheiten.

(Redigirt von Prof. **Kaposi** in Wien.)

Anatomie, Physiologie, pathol. Anatomie, allgem. und experim. Pathologie und Therapie.

Tousey, Sinclair. Thiosinamine: A further Study of its Use in the Treatement of Keloid, „Inoperable Tumors", and Cicatrical Conditions, including Deafness. New-Xork, Medic. Journal LXVI. 19, p. 624, Nov. 6, 1897.

Tousey, über dessen Arbeiten über denselben Gegenstand schon früher berichtet wurde, behauptet auf Grund weiterer Beobachtungen die Wirksamkeit der Thiosinamine auf Narbengewebe verschiedener Art, insbesondere das Keloid, hypertrophische und nicht hypertrophische Narben, Harnröhrenstricturen, Hornhauttrübungen, gewisse Formen von Taubheit etc. T. nimmt an, dass Thios. eine ungewöhnliche Zellenthätigkeit im Blut und in dem Pflanzstätten der Leukocyten producirenden lymphotischen und Bindegewebe hervorruft mit besonderer Vorliebe für Gewebe mit geringer Vitalität. Er bedient sich meist subcutaner Injectionen einer 10% Lösung in einer sterilisirten Mischung von Glycerin und Wasser, 12—15 Tropfen werden in die Muskeln (triceps oder glutaei) injicirt. Die Krankengeschichten sind grössten Theils sehr fragmentarisch.

H. G. Klotz (New-York).

Wörner. Ueber das Tuberculin-R. Dtsch. med. Woch. Nr. 30, 1897.

Während Wörner bei 4 von ihm behandelten Lupuskranken sich sehr vorsichtig über den eventuellen Erfolg ausspricht, war er bei einem 24 Jahre alten Mädchen mit allgemeinem Scrophuloderma überrascht, in welch auffallender Weise die grossen Hautgeschwüre an den Extremitäten und dem Gesichte, die es schon seit dem 13. Lebensjahre besass, zum Theil schon abgeheilt sind, zum Theil sich rasch reinigen und trocknen. Die Injectionen mussten vorläufig ausgesetzt werden, da hohes Fieber eintrat, als dessen Ursache sich ein tiefer Beckenabscess herausstellte.

Max Joseph (Berlin).



Montgomery, Douglass W. Acquired Idiosyncrasy for Quinine as showiby Purpura and Bleeding of the Gums. The Boston Medical and Surgical Journal. Band CXXXVII, Nr. 26, 1897.

Montgomery beschreibt den Fall eines gesunden Mannes, der früher grosse Dosen Quinin mit nur den gewöhnlichen unangenehmen Erscheinungen genommen hatte, aber nach einer Dose von 0·6 eine Purpura und Gaumenblutungen bekam. Nach einer späteren Dose von 0·3 Quinin stellten sich abermals Gaumenblutungen, Hämorrhagie der rechten Conjunctiva und Purpuraflecken der Haut an der rechten Seite des Halses, über den Sternum, Ellbogen, Schenkeln und zweiten Gelenke des rechten Mittelfingers ein. Diese Symptome waren von Schmerzen in den Knöcheln, Knien, Hüften und den Metacarpophalangeal-Gelenken begleitet. Am nächsten Tage bemerkte man kleine Hämorrhagien in der Haut der beiden oberen Augenlider. Die Gaumenblutungen dauerten 48 Stunden und konnten nach dem zweiten Tag keine frischen Hauthämorrhagien nachgewiesen werden. Die Schmerzen dauerten nur einen halben Tag an. Temperaturerhöhung oder Pulsvermehrung war nicht vorhanden. Patient bekam keine späteren Anfälle, da er Quinin sorgfältig vermied. Louis Heitzmann (New-Xork).

Walker, D. Ernest. The Use of Jodoform in Suppurative Cervical Adenitis, Sinuses etc. with a Report of Six Cases. — The Medical News. Band LXXI, Nr. 7, 1897.

In sechs Fällen von Adenitis der Cervicaldrüsen gebraucht Walker eine 10procentige Jodoformsalbe mit gutem Resultate. Nach sorgfältiger Reinigung wurde eine kleine Incision gemacht, die Oeffnung mit einer schwachen Sublimatlösung, 1 : 4000, ausgewaschen und sodann mit einer warmen Jodoformsalbe angefüllt und verbunden. Die Heilung ging in jedem Falle rasch und glatt von statten. Er glaubte nicht, dass Gefahr einer Jodoformvergiftung vorhanden ist und hat die Behandlung bei heruntergekommenen Kindern mit Erfolg gebraucht.

Louis Heitzmann (New-York).

Billard. Sur un cas d'iodisme grave et sa pathogénie. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, p. 465.

Billard beschreibt einen Fall von schwerer Jodintoxication, verursacht durch ein chemisch unreines Präparat, das Kalium carbonicum enthielt. Bei dem Patienten, der wegen chronischer Blutvergiftung schon lange Jodkali brauchte und gut vertrug, stellte sich, als er das Präparat in einer andern Apotheke kaufte, plötzlich unter heftigen Kopfschmerzen an Kopf und Gesicht, vereinzelt auch am Körper, ein reichlicher Jodausschlag ein, bei dem man alle Phasen der Entwicklung, von der einfachsten Acnepustel bis zu tiefen ulcerösen Processen, constatiren konnte. Auch die Nasenhöhle war nicht frei geblieben; es fanden sich in ihr zahlreiche ulceröse, mit Borken bedeckte Stellen. Unter feuchten Umschlägen mit Borwasser war der Process in circa 3 Wochen völlig geheilt.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Kellogg, James C. Resorcin in Dermotherapy. Histological Researches Upon its Action on the Healthy Skin. — The St. Louis Medical and Surgical Journal, Band LXXIII, Nr. 3, 1897.

Durch eine Reihe von Experimenten versuchte Kellogg den Einfluss von Resorcin auf die gesunde Haut nachzuweisen. Er fand, dass der durch Anwendung von Resorcin verursachte pathologische Process sich auf eine kleine Stelle in der Epidermis und den Papillen beschränkt. Man sieht nur selten eine geringe Durchwanderung von Leukocyten in den tiefer liegenden Hautgefässen. Die Cutis und Bindegewebszellen bleiben frei. Den Einfluss des Resorcins auf die Oberhaut kann man in drei Stadien theilen. Im leichtesten Stadium findet nur eine geringe Verdickung des Stratum corneum statt, während im zweiten eine Desquamation nachweisbar ist, welche im dritten intensiv wird und sich dann eine neue Epithellage bildet. Der Einfluss auf die tieferen Hautlagen ist selbst in den schwersten Fällen ein minimaler, so dass man Resorcin ein ideales Abschuppungsmittel nennen kann.

Louis Heitzmann (New-York).

Brokaw, A. V. L. Chloro-Phénique. The Ideal Antiseptic. — The St. Louis Medical and Surgical Journal. Band LXXIII, Nr. 2, 1897.

Brokaw hat Chloro-Phenique in 100 verschiedenen Fällen angewandt und hält es für das beste Antisepticum. Ohne auf Näheres einzugehen, gibt er an, dass ihm das Mittel bei allen Ulcera, sowie bei Erysipel und verschiedenen Hautkrankheiten und auch in der allgemeinen chirurgischen Praxis nie im Stiche gelassen hat. Er schliesst mit den Worten: „Es ist das ideale chirurgische Antisepticum."

Louis Heitzmann (New-York).

Curzio, Em. Sul valore terapeutico dei saponi antisettici. — La Settimana medica Band LI, Nr. 30. 24 Juli p. 354 und Nr. 31, 31. Juli p. 365.

Da Curzio der antiseptischen Wirkung der sogenannten antiseptischen Seifen auf Grund chemischer Ueberlegungen und bekannter physiologischer und biologischer Thatsachen berechtigte Zweifel entgegenbrachte, führte er mehrere Versuchsreihen in dieser Richtung durch; zu diesen Versuchen benützte er auf ihre Lebensfähigkeit geprüfte Bouillonculturen des Staphylococccus piogenes aureus; kleine Wollfäden wurden mit der aufgeschüttelten Cultur getränkt und dann entweder feucht oder bei 38° C. getrocknet der Wirkung der concentrirten Seifenlösung durch verschieden lange Zeit — 5 Minuten bis 24 Stunden — ausgesetzt; darauf wurde in bekannter Weise die Lebensfähigkeit der so behandelten in den Fäden enthaltenen Mikroorganismen durch Weitercultur geprüft. Die Versuche erstreckten sich auf 1‰ weiche und harte Sublimatseife, auf bis 10% Carbolseife, 5% Bor- und 3% Salicylseife. Die Sublimat- und Carbolseifen zeigten schon an und für sich sowohl an der Oberfläche als auch im Innern einen mehr weniger grossen Gehalt an Schimmelpilzen, Sarcinen und selbst Bakterien; die Salicyl- und



Borseifen jedoch erwiesen sich als frei von Mikroorganismen. Die Versuche ergaben folgende Resultate: Die weiche 1‰ Sublimatseife hat keine antiseptische Wirkung selbst bei einer Dauer der Einwirkung von 24 Stunden. Die herbe, italienische 1‰ Sublimatseife hat wohl etwas antiseptische Wirkung, jedoch nur eine so geringe, dass erst bei einer Einwirkungsdauer von 24 Stunden die Staphylococcen vernichtet werden. Ebenso verhalten sich die selbst 10% Carbolseifen. Die 3% Salicylsäureseife besitzt eine gewisse antiseptische Wirkung, da sie schon nach 5 Minuten dauernder Einwirkung die Entwickelung der Staphylococcen zu verhindern im Stande ist. Die Borseife zu 5% wirkt in ähnlicher Weise, nur in etwas geringerem Grade antiseptisch. Wenn demnach die antiseptischen Seifen eine ihrem Namen entsprechende Wirkung haben sollen, muss man die Sublimat- und Carbolseifen aus dem Gebrauche ausscheiden und darf nur Salicylsäure- und Borsäureseifen verwenden und muss dieselben durch mindestens 5 Minuten einwirken lassen.

Theodor Spietschka (Prag).

Dr. **Hardaway**, W. A. (St. Louis.) Ueber weitere Beobachtungen mit der Elektrolyse bei Hautkrankheiten. Journal of cutaneous and genito urinary Diseases. Sept. 1897.

Dr. Hardaway ist nach 24jähriger Anwendung der Elektrolyse von deren Werthe bei vielen Hautkrankheiten überzeugt und räumt derselben einen berechtigten und dauernden Platz in der Hauttherapie ein. Namentlich für die gründliche Zerstörung oberflächlicher Affectionen bewährt sie sich als schmerzlose und von Narbenbildung nicht gefolgte Heilmethode. Als solche ist die Elektrolyse bei Hypertrichosis, Teleangiectasien, Muttermälern, Milien, Warzen und auch kleinen Tumoren, ja auch flachen Keloiden auch in kosmetischer Hinsicht bestens zu empfehlen. Verf. fand die Elektrolyse bei kleinen Lupusplaques gegenüber den anderen üblichen, auch caustischen Verfahren, sich bewährend; auch bei tuberculösen oberflächlichen Infiltrationen liessen sich mit derselben gute Erfolge erzielen. Hinsichtlich des Lupus erythematosus empfiehlt Verf. die Elektrolyse bei alten mit Hautverdickung versehenen blassen Plaques dagegen nicht bei acuten Formen. Auch kleine Epitheliome lassen sich mittelst der Elektrolyse gründlich heilen. Zur Vermeidung der Schmerzen empfiehlt Verf. erst die Nadel einzustechen, dann 2—3 Finger des Patienten an die positive Elektrode zu setzen und bei Beendigung der Operation erst die Loslassung der positiven Elektrode, dann die Entfernung der Nadel. Die Procedur soll unter genauer Beobachtung der Antisepsis ausgeführt werden und für 5—10 Minuten von heissen Umschlägen gefolgt werden. Lustgarten (New-York).

Hutchins, M. B. (Atlanta). Ueber einen Fall von individuellem Widerstande bei der Elektrolyse. Journal of cutanevus and Genito-Urinary Diseases. Sept. 1897.

Gelegentlich einer elektrolytischen Epilation bei einer Dame bemerkte Hutchins, dass die Empfänglichkeit des elektrischen Stromes



bei verschiedenen Individuen, sogar bei demselben Individuum zu verschiedenen Zeiten wechseln kann. Weder die subjectiven Empfindungen, noch die Anzahl der Elemente gewähren einen ganz verlässlichen Massstab bezüglich der Stromstärke, sondern zu dem Galvanometer muss Zuflucht genommen werden der Sicherheit halber. In Nov. 1895 entfernte Verf. 745 Haare bei einer Dame innerhalb von 7 Tagen. Im Mai 1896 waren die meisten zurückgewachsen. Verf. dachte, dass die Zerstörung der Haarpapillen unvollständig erfolgte. Bei einer nochmals vorgenommenen Epilation entfernte Verf. in der 1. Sitzung (1³/₄ Stunden) etwa 70 Haare und zwar mit einer durchschnittlichen Stromstärke von ¹/₂ M.-A. Bei der nächsten Sitzung vermehrte Verf. die Zahl der Elemente. Das Galvanometer markirte erst ³/₄ M.-A.; fiel bald jedoch auf ¹/₄ M.-A. herab. Dasselbe ereignete sich am folgenden Tage. Nach der Epilation von 25 Haaren fiel das Galvanometer auf 0 herab. Durch das Experiment an seiner eigenen Zunge überzeugte sich Verf., dass der Strom seine frühere Stärke zurückgewann. An der Pat. jedoch sank die Stromstärke sehr bald auf 0 herab. Diese Erscheinung veranlasst den Verf. zur Annahme eines ungewöhnlichen Gewebswiderstandes dem elektrischen Strome gegenüber und empfiehlt Verf. deshalb die Elektrolyse niemals ohne Galvanometer vorzunehmen und man möge die positive Elektrode abwechselnd an verschiedenen Stellen anbringen. A. B. Berk.

Chalupecký, H. Ueber die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Auge und die Haut. (Centralblatt f. prakt. Augenheilk. 1897, August- u. Sept.-Heft.)

Chalupecký bestrahlte die rechte Gesichtshälfte eines Kaninchens mit einer Röntgen'schen Focuslampe zu dem Behufe, um die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Auge zu studiren. Ueber die nebenbei vorgefundenen, durch diese Strahlen bewirkten Veränderungen an der bestrahlten Haut des Thieres berichtet er, theilweise in Bestätigung der Ergebnisse früherer Autoren, ungefähr Folgendes: Die Exposition dauerte ³/₄ bis 2 Stunden täglich oder auch jeden zweiten Tag. Nach im Ganzen 13stündiger Exposition (in 10 Tagen) notirt Ch. „eine besondere Nässe der Haut, ausgehend vom rechten Mundwinkel bis zum Nasenloch, sich undeutlicher bis zum rechten Augenwinkel ausbreitend". Nach weiteren 5 Tagen: „Die Haut der Augenlider ist auf einen ¹/₂ Cm. rings um die ganze Augenspalte vollkommen haarlos, auf der Oberlippe sind Haare fest verklebt und lassen sich leicht büschelweise ausreissen, ohne dem Thiere im Geringsten wehe zu thun; die Haut nässt an diesen Stellen." In den folgenden Tagen breiten sich die kahlen Stellen über die rechte Gesichtshälfte aus und „sind scharf, beinahe durch einen geraden Strich am Schädel und an der unteren Kinnlade begrenzt; die Haut ist mit einer dünnen, leicht abschälbaren Kruste bedeckt, unter derselben geringes Bluten". Nach 24stündiger Exposition in 18 Sitzungen war die ganze rechte Kopfhälfte bereits kahl (die linke Hälfte blieb normal). In den Schlusssätzen der Arbeit heisst es u. A.: „Röntgenstrahlen sind nicht

so harmlos, wie von einigen Seiten behauptet wurde; im Gegentheil, ihre Wirkung, wie auf das Auge, als auch auf die Haut, ist eine sehr intensive und schädliche. Die Folgen erscheinen nicht gleich, sind aber dann um so langwieriger die Cumulation ist also nicht zu leugnen." „Die Wirkung der Röntgenstrahlen ist nach allem chemischer Natur, und secundär vielleicht trophoneurotisch."

Camill Hirsch (Prag).

Schall, Hector. Troubles trophiques, provoqués chez l'homme par l'ampoule de Crookes. Thèse de Lyon 1897, Nr. 132. (65 Seiten.)

In seiner sehr sorgfältigen und lesenswerthen, experimentellen Arbeit kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Die nach Röntgenbestrahlung beobachteten trophischen Störungen unterscheiden sich von allen anderen, die durch physikalische Agentien hervorgebracht werden, dadurch, dass sie eine Incubationszeit von 2—20 Tagen haben. Nicht die X-Strahlen selbst können es sein, die diese trophischen Störungen bewirken, da sich letztere nur dann einstellen, wenn die X-Strahlen durch eine Ruhmkorff'sche Inductionsmaschine, nicht aber, wenn sie durch Influenzmaschinen (Holz, Wimshürst) erzeugt werden. — Die durch Inductionsmaschinen in Thätigkeit gesetzte Crookes'sche Röhre ist von einem elektropositiven Feld sehr hoher Spannung umgeben, das am dichtesten ist in der von den X-Strahlen durchzogenen Zone. Die trophischen Störungen der Haut werden bedingt durch eine Alteration der Nervenendigungen des bestrahlten Gebietes, die ihrerseits zurückzuführen ist auf eine entweder elektrolytische, oder elektromechanische Einwirkung des elektrischen Feldes, das die durch Inductionsmaschinen in Thätigkeit versetzte Crookes'sche Röhre umgibt. — Man kann die trophischen Störungen vermeiden, wenn man:

1. den Pat. so weit von der Crookes'schen Röhre entfernt, dass er sich ausserhalb des Bereichs dieses elektropositiven Feldes hoher Spannung befindet, oder
2. nur kurze Sitzungen veranstaltet,
3. den Pat. vom Boden gut isolirt,
4. ein dünnes, mit dem Boden leitend verbundenes Aluminiumblatt zwischen Crookes'sche Röhre und Patient stellt, oder endlich
5. eine Influenzmaschine zur Erzeugung der X-Strahlen benutzt.

Kuznitzký (Köln).

Mies, J. Einwirkung der von einem Homöopathen bei Facialislähmung angewandten Röntgenstrahlen auf Haut und Haar. — Dtsch. med. Woch. 26, 1897.

Nach 32 Bestrahlungen, bei welchen die unbedeckte rechte Wange nicht mehr als höchstens 1 Cm. von der unverhüllten Vacuumröhre entfernt war, fand Mies die Haut in einer Ausdehnung von ungefähr 8 Cm. Breite und 7 Cm. Höhe stark geschwollen und dunkelroth verfärbt. Vor



und über dem rechten Ohre, an Stellen, wo man mit blossem Auge keine Veränderung der Haut sehen konnte, war das Haupthaar stark gelichtet. Erst 10 Tage nach der mit leichten Sensibilitätsstörungen verbundenen Hautentzündung trat der Haarausfall auf. Max Joseph (Berlin).

Dale, J. Y. Skiagraphic Dermatitis. — The Medical News, Band LXXI, Nr. 4, 1897.

Bei einem Patienten, welcher 30 Minuten lang den X-Strahlen an der rechten Umbilicalgegend ausgesetzt war, erschienen 28 Tage später kleine, unregelmässig zerstreute Knötchen, die sich in den nächsten Tagen vermehrten. Als Dale den Patienten einige Tage später sah, war an der rechten Seite des Nabels ein unregelmässiger entzündeter Plaque, 15 Cm. lang und 12 Cm. breit, vorhanden, von dessen mittlerem Theile rahmiger Eiter entleert wurde. Schmerz war nicht vorhanden und verschwand der Ausschlag allmälig unter antiseptischer Behandlung. Dale glaubt, dass durch die X-Strahlen die sensiblen Nervenendigungen verletzt wurden und so locale Anaesthesie, welche vorhanden war, zu Stande kam. Um eine solche Dermatitis zu verhindern, sollte die Tube 25 oder 30 Cm. vom Körper entfernt, und nicht längor als 10 bis 15 Minuten angewendet werden. Louis Heitzmann (New-York).

Hutchinson, J. Selected catracts from lectures delivered at theclinical museum. (Fortsetzung.) The Edingburgh Medic. Journal, März 1897.

Der erste hier (mit Abbildung) mitgetheilte Fall betrifft ganz chronisch verlaufende knotige fibröse Indurationen der Haut an den Händen und Füssen; die anfänglich gestellte Diagnose Sarcom wurde bald fallen gelassen, und H. möchte die Knoten als „rheumatic nodules" aufgefasst wissen, wie sie von Barlow u. A. beschrieben worden sind; der Vater der 9. Patientin ist ein Gichtkranker.

Im Weiteren macht H. auf die manchmal geradezu unüberwindliche Schwierigkeit aufmerksam, ein syphilitisches Exanthem von der Pityriasis rosea zu unterscheiden, wenn sonst jeglicher Anhaltspunkt fehlt; er theilt einige derartige Fälle mit.

Endlich bespricht H. (gleichfalls mit beigefügter Illustration) einen Fall von large subcutaneous naevoid tumour. H. widerräth dringend in solchen Fällen, besonders im zarten Kindesalter, eine Operation auszuführen, weil einmal die Prognose der Operation selbst sehr ungünstig sei, und weil ferner wunderbarer Weise derartige Tumoren meistens eine acute Entzündung durchmachen, die alsdann häufig zu einer bedeutenden, wenn nicht vollständigen Schrumpfung des Tumors führt.

G. Zuelzer (Breslau).

Marmaduke Sheil, A. Note ona peculiar eruption from the contact of arterial blood. The Brit. Journ. of Derm. p. 430, 1896.

Sheild macht auf eine eigenthümliche Hautaffection aufmerksam, welche erscheint, wenn arterielles Blut über eine Hautfläche mit Gewalt



spritzt und dann antrocknet. Verf. hat diese Erscheinung an seinen Vorderarmen oder seiner Stirn nach Operationen oftmals beobachtet. Nach dem Abwaschen der kleinen Blutkrusten erscheint ein blassrother Erythemfleck, der allmälig nachdunkelt und nach einer halben Stunde verschwindet. Zweimal beobachtete ihn Verf. auch auf der Haut in der Umgebung einer amputirten Mamma. Verf. nennt die Erscheinung, für die er vorläufig eine Erklärung nicht geben kann, „Bluterythema".

Ledermann (Breslau).

Grindon, J. (St. Louis.) Ueber eine eigenthümliche Affection der Haarfollikel. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Juni 1897.

Grindon beobachtete bei einem 15jährigen Mädchen an beiden Schläfengegenden nahe der Haargrenze, einen gerötheten leicht schuppenden und juckenden Plaque, der von Haaren besetzt ist, welche von einer grauweissen Hülle, wie von Nissen, umrandet sind, und auf Zug leicht ausfallen. Die Affection besteht nach Untersuchung des Verfassers in einer Entzündung der Haarfollikel mit Ausstossung einer Partie der Wurzelscheide en masse, welche an dem Haare haftend im Laufe des Wachsthumes desselben mitgeschleppt wird. Mit Berücksichtigung der einschlägigen Literatur schlägt Verf. die Bezeichnung folliculitis ecbolica vor.

Lustgarten (New-York).

Rat, J. Numa. Coolie Jtch. The Brit. Journ. of Derm. June 1896.

Verf. bespricht unter Hinweis auf die beigefügten Photographien die als Coolie Jtch in Westindien bezeichnete Hautaffection, deren Entstehung nach der ortsüblichen Ansicht von der Einschleppung durch chinesische oder ostindische Arbeiter, sogenannte Kulis, hergeleitet wird. Die Photographien stammen von einem 35jährigen Neger, der sich mit Ausnahme des Juckens und der dadurch verursachten Schlaflosigkeit einer guten Gesundheit erfreut. Er kennt die Quelle der Affection nicht, seine Frau und Kinder sind gesund. Vor 2 bis 3 Monaten bemerkte er an der Aussenseite des rechten Beins, handbreit oberhalb des Knöchels eine Gruppe kleiner Papeln, die stark juckten. Allmälig verbreitete sich die Affection über den übrigen Körper und liess nur Hände, Füsse, Kopf und Nacken frei. Das Jucken war am stärksten während des papulösen Stadiums und vermehrte sich im Bett oder bei Erhitzung. Die Papeln selbst wurden niemals vesiculös, bildeten durch Confluenz grössere Plaques und waren von einer dicken, gelbweissen Decke bedeckt, nach deren Entfernung eine granulirende, das Niveau der umgebenden Haut etwas überragende purpurrothe Fläche zurückblieb. Pusteln oder Geschwüre waren nirgends sichtbar. Die Prädilectionsstellen für Scabies waren frei, auch liess sich der Acarus nicht nachweisen. Der Fall weicht von der Beschreibung ab, welche Dr. Nicholls in seinem Bericht über Yaws von dem Kulijucken gibt. Nach diesem Autor beginnt die Eruption als kleine, bald pustulös werdende Blase, die nach dem Eintrocknen des



gelben Eiters sich mit einer schmutzigen Kruste bedeckt. Unter der Kruste ulcerirt die Haut und die so entstandenen Geschwüre confluiren. Sie sind äusserst schmerzhaft und ziehen auch das Allgemeinbefinden in Mitleidenschaft. Erwachsene erkranken häufiger als Kinder an der Krankheit, die vor der Ankunft der ostindischen Einwanderer in St. Lucia unbekannt war. Da diese Beschreibung von der Beobachtung Taylor's so sehr abwich, erkundigte sich Verf. bei W. J. Branch, einem genauen Kenner der Affection, eingehend und erfuhr, dass die Affection bis vor 10 Jahren auf der Insel unbekannt war, damals von ostindischen Arbeitern aus der benachbarten Insel Neois eingeschleppt wurde, zeitweise epidemisch auftrat und hochgradig contagiös war. Bei den eingeborenen Kulis waren weder Pusteln noch Geschwüre. Im übrigen stimmten die Symptome mit den bei Taylor's Fall beobachteten überein. Taylor weist dann noch auf zwei Krankheiten hin, welche nach Nicholls Beschreibung mit dem Kulijucken Aehnlichkeit haben, auf den „Kra-Kra" oder „craw-craw" der westafrikanischen Küste und die „dermatose parasitaire", von welcher Nielly einen Fall beschrieben hat. Bei beiden Affectionen wurden filariaähnliche Organismen in den Papeln gefunden.

Ledermann (Breslau).

Secretionsanomalien.

Richter, Paul. Zur Behandlung der Hyperhidrosis und Bromhidrosis. Allg. med. Central-Zeitung, 1897, Nr. 73.

Richter betont nach Aufzählung ungefähr aller gegen Hand- oder Fussschweiss je empfohlenen Mittel (pulvis salicyl. cum Talco, Waschungen mit Alaun, Tannin, Chloralhydrat, Bismuth. subnitr, Borax, arg. nitr, Soda, liquor antihydrorrhoicus (Brandau), 25% rohe Salzsäure, Heusner's Mittel (Balsam. peruv 1, Acid. formic. 5, Chloralhydrat 5, Spirit. 100), Antihydrorrhin (Noffke), 5—10% Chromsäurelösung, Formalin. pur. oder 1 Esslöffel auf 1 Liter Wasser (Orth), Tannoform) und nachdem der Verf. jede innere Behandlung verworfen, dass es wesentlich auf die Beseitigung der Schweissinfiltration aus der das Oberleder der Stiefel auskleidenden Leinewand, sowie aus der Brandsohle ankommt und das geschieht am besten durch wiederholtes Eingiessen von Formalinlösung in die Stiefel, in denen sie einige Stunden verbleibt; auch 3% Carbollösung ist zu empfehlen. Täglicher Wechsel des Schuhwerks ist daneben unerlässlich. Die Füsse pulvert R. mit Tannoform oder Weinsteinsäure ein, desgleichen die Strümpfe. Von letzterer genügt sehr wenig (soviel als man zwischen zwei Fingerspitzen fassen kann); auch zwischen die Zehen ist davon einzustreuen. Bei Erosionen empfehlen sich Wattebäuschchen mit Borsalbe.




Gegen Handschweiss pinselt R. jeden 5. Tag 10% Chromsäurelösung ein, die gut eintrocknen soll (im ganzen ca. 10mal). Rhagaden an den Fingern heilen schnell unter emplastr. sap. salicyl. extens.

Rudolf Krösing (Stettin).

Merrill, Wm. Hutchinson. The Diplococci Seborrhoeae. New-York. Med. Journal LXVI, 15 p. 490, Oct. 9. 1897.

Merrill, über dessen Arbeiten bereits vor Kurzem ausführlich berichtet wurde, veröffentlicht eine weitere Reihe von 13 Fällen, in denen Schuppen vom Kopf und von der Brust bakteriologisch untersucht wurden. Ausser einem Bacillus fand M. zwei der früher beschriebenen Diplococcenarten, einen weissen in je 3 Fällen vom Kopf und Brust, und einen gelben in 2 Fällen von der Brust, sowie in 4 Fällen vom Kopf und 2 von der Brust einen weiteren Diplococcus, der weisse Colonien von unregelmässiger Form und Begrenzung bildet, an der Peripherie die Gelatine verflüssigt schliesslich eine weisse flockige, in der Flüssigkeit herumschwimmende Masse bildet.

Unter 9 Inoculationsversuchen waren 3 positiv, diese zu früheren Versuchen gerechnet ergeben 14 von 28, in denen sich typische Erscheinungen auf der Haut entwickelten, in 11 konnte von den Inoculationen der ursprüngliche Diplococcus gezüchtet werden. M. glaubt somit den sicheren Beweis geliefert zu haben, dass diese Diplococcen die specifische Krankheitsursache des als seborrhoisches Eczem beschriebenen Krankheitsbildes darstellen. H. G. Klotz (New-York).

Tribondeau. Contribution à l'étude des éruptions sudorales des Européens aux pays chauds. Formes pustuleuses observées à Madagascar. Archives cliniques de Bordeaux, Nr. 2, 1897. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 502.

Beschreibung und Eintheilung der bei Europäern in der heissen Gegend, besonders in Madagascar, vorkommenden Schweissdrüsenaffectionen, die von einfachen Sudamina bis zu grossen Abscessen und Ulcerationen sich ausdehnen können. Ihre Prädilectionsstellen sind die Achselhöhlen, die Inguinoscratalgegend und der Gürtel, ihr hauptsächliches Vorkommen fällt in die Zeit der Regengüsse und Hitze, von November bis Juni. Ihre Therapie besteht in Entleerung des Eiters, antiseptischen Waschungen, Bädern, Puderbehandlung.

Paul Neisser (Beuthen O.-S.)

Perrin, L. (de Marseille). Des éruptions d'origine sudorale. (Pyodermites sudorales). Annales de dermatologie et de syphiligraphie. III. S. Bd. VIII, Nr. 11, November 1897, pag. 1086.

Perrin hat zur Zeit der grössten Sommerhitze (in Marseille) und direct der Häufigkeit der Fälle nach, coïncidirend mit den heissesten Tagen, neben der Sudamina, Miliaria rubra und alba, eine grosse Anzahl von Hautentzündungen furunculösen Aussehens beobachtet, „wahre Pyodermiten sudoralen Ursprungs."



Am häufigsten sind Kinder befallen, Weiber häufiger als Männer. Die Eruptionen sind besonders dort localisirt, wo die Haut zart und die Schweisssecretion abundant ist: Gesicht, behaarte Kopfhaut, Hals, am Stamm an den oberen Theilen und in der Lendengegend, an den oberen Extremitäten an der Beugeseite. Sie bilden grössere und kleinere zahlreiche Knoten, subcutane, nicht vereiterte Knötchen, intracutane papulöse Knötchen, vereitert oder nicht. Im Gesicht können diese Eruptionen dicht gruppirt stehen. Bei Reinlichkeit heilen diese Pyodermiten rasch; sie werden manchmal durch eczematös-impetiginöse Hautentzündungen complicirt; manchmal kommt perifurunculäre Alopecie vor. Aetiologisch ist Hyperhydrosis anzuschuldigen; anatomisch handelt es sich nach Untersuchungen Pilliet's um Schweissdrüsenabscesse.

Düring (Constantinopel).

Acute und chronische Infectionskrankheiten.

Cámara, Vales Nicolás. Die Pellagra in Yucatán. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Cámara hat einen kurzen Aufenthalt in seinem Heimatlande benützt, um die daselbst so häufig auftretende, durch den Maisgenuss veranlasste Pellagra zu studiren.

Was speciell die Hautsymptome der Pellagra betrifft, so treten sie gewöhnlich als erste Zeichen der Erkrankung auf und bestehen in einem Erythem, das nicht nur die Handrücken, sondern auch andere Stellen der Haut befällt, die von der Sonne betroffen werden. Dieses Erythem hat eine chocoladebraune Farbe und ist mehr oder weniger dunkel, je nach der Zeit, in welcher die Sonne gewirkt hat und nach der Intensität ihrer chemischen Strahlen. Das Erythem ist scharf begrenzt, schuppt sich etwa nach 14 Tagen ab und lässt entweder eine pigmentirte oder nur glänzend atrophische Haut zurück.

Mit dem Auftreten des Erythems, das höchstens 4 Wochen dauert, gehen Hand in Hand Störungen des Verdauungsapparates und des Nervensystems.

Differentialdiagnostisch kommen besonders in Betracht: die Aerodynie, der Ergotismus, Syphilis, Scorbut, Lepra und Erysipel.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Federici, Nicolino. Ein letal endender Fall von Scorbut. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche 1897, pag. 459.

Federici's Kranke, ein 7jähriges Mädchen, war unter heftigem Fieber, Kopfschmerzen, Durst anscheinend plötzlich erkrankt. Der Vater litt an Scorbut und Patientin selbst klagte seit einiger Zeit über Schmerzen am Zahnfleisch. Der ganze Körper (nur mit Ausnahme der Fusssohlen) war bedeckt von punktförmigen bis bucheckergrossen rothen, nicht wegdrückbaren Flecken, welche namentlich an den Dorsalseiten



von Rumpf und Gliedern dicht standen. An Wange und Zahnfleisch, weniger an der Zunge, befanden sich hämorrhagische, theilweise ulcerirte oder gangränescirende Plaques; ähnliche am Pharynx. Athem fötide. Starke Dyspnoe, mit blutigem, Schleimhautfetzen führendem Sputum. Urin frei von Eiweiss, dunkelgelb, sauer. Unter Steigen des Fiebers bis 40°, Puls 140 Schläge in der Minute. Tod am 23. Tage nach langer, schwerer Agone. Felix Pinkus (Breslau).

Guicciardi, G. Contributo all' eziologia della porpora emorragica. Giornali ital. delle malattie veneree e della pelle. Anno XXXII 1897. fak. II. pag. 220.

Guicciardi fand in einem Falle von Purpura hämorrhagica, die von heftigen Diarrhöen begleitet war, bei einem 8jährigen Mädchen, auf bakteriologischem Wege im Blute einen Coccus, welcher in seinen culturellen Eigenschaften einem gewöhnlichen Staphylococcus piogenes albus sehr ähnlich war, jedoch auf Thiere — Kaninchen und Meerschweinchen — übertragen, keine pathologischen Eigenschaften entwickelte. Da dieser Mikroorganismus in fünf Versuchen, welche zur Zeit des Auftretens frischer Eruptionen angestellt wurden, jedesmal erhalten wurde, ein in der Zwischenzeit angestellter Versuch jedoch negativ blieb, hält es der Autor für nicht unzulässig, in dem gefundenen Mikroorganismus das pathogene Agens für diesen Fall von Purpura zu sehen, welches vom erkrankten Darme aus seinen Weg in die Blutbahn gefunden und hier zu den die Hämorrhagien verursachenden Veränderungen des Blutes oder der Blutgefässe Veranlassung gegeben habe. Spietschka (Prag).

Lèvi, Ch. Microbiologie du purpura infectieux. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 5 Novembre 1896.

Lévi beschreibt den Sectionsbefund eines 1 Jahr alten Kindes, das an Bronchopneumonie und Bronchiectasien gestorben war und kurz vor seinem Tode Purpuraflecke gezeigt hatte. In den inneren Organen und im Herzblut liessen sich Pneumococcen und Streptococcen nachweisen, und auch in Schnitten der Haut mit den Purpuraflecken fand man dieselben Pilze. Pinkus (Breslau).

Walton. Pyodermites d'origine génitale. Arch. de gynéc. et de toxicolog. Mai 1896. Ref. in La Médecine mod. Nr. 44. 1896.

Walton beschreibt Schübe von furunculösen Hautefflorescenzen, die im Anschluss an therapeutische gynäkologische Eingriffe, in der Regel 15—20 Tage nach Beginn der Behandlung, wie z. B. nach Curettement, Drainage des Uterus, Vaginaltamponaden (gleichviel ob feucht oder trocken) an den Oberschenkeln, den Glutäen und den grossen Labien meist als kleine Furunkel, Folliculitiden, Knötchen, zuweilen aber auch unter der Form von carbunkelähnlichen Affectionen von ihm beobachtet wurden. W. verwahrt sich ausdrücklich dagegen, dass diese Erscheinungen als durch Secret- oder Medicament-Verschleppung von den Genitalien her hervorgerufene betrachtet werden könnten, da auch — allerdings seltener — ähnliche Eruptionen auf Brust und Rücken dabei beobachtet werden; vielmehr hält er dafür, dass es sich hierbei um eine Eliminirung ge-



wisser toxischer Substanzen durch die Haut handle, und vergleicht diese Art der Furunkulose mit der bei Diabetes beobachteten.

Ferdinand Epstein (Breslau).

Mandel. Zur Therapie des Furunkels. Inaug.-Diss. Würzburg 1895.

Mandel empfiehlt für die Behandlung des Furunkels den Unna-schen Quecksilber-Carbol-Pflastermull. Er lobt als besonderen Vorzug die Einfachheit des Verfahrens, den Wegfall von Narbenbildung, die geringere Beschränkung der Erwerbs-, resp. Dienstfähigkeit und die erhebliche Herabsetzung der Behandlungsdauer.

Ed. Oppenheimer (Strassburg).

Wright, J. H. Molluscum contagiosum. Demonstration of microscopical preparations.

Aus den vorgelegten mikroskopischen Präparaten geht mit Deutlichkeit hervor, dass die sogenannten Molluskakörperchen Zelldegenerationsproducte sind. G. Zuelzer (Breslau).

Northrup, W. P. An Account of a Recent Epidemie of Measles in the New-York Foundling Hospital; its Relation to Immunization with Diphtheria Antitoxin. — The Medical News. — Band LXXI, Nr. 26, 1897.

Da sich im New-York Foundling Hospital Masern immer als eine sehr gefährliche Krankheit erwies, versuchte man dieselbe fern zu halten, und gelang es auch 16 Monate lang, bis ein kleines Kind die Krankheit wieder in das Spital brachte. Sie verbreitete sich bald durch das ganze Spital, doch gelang es gefährliche Complicationen dieses Mal fern zu halten und die Krankheit milde zu gestalten. Augen, Nase und Mund der Kinder wurden mit Borsäure gereinigt und alle Kinder noch 6 Tage nach dem Sinken der Temperatur auf 37° C., im Bette gehalten. Im Ganzen entwickelten sich 258 Fälle mit 36 Todesfällen. Von diesen 258 waren 53 mit Bronchopneumonie complicirt und starben davon 31. In früheren Masernepidemien war eine Complication mit Diphtherie sehr häufig. Bei dieser Epidemie wurden die meisten Kinder mit 250 Antitoxineinheiten immunisirt, und gelang es Northrup, Diphtherie von allen Immunisirten fern zu halten. In einem Zimmer wurden 9 Kinder nicht immunisirt und von diesen bekamen 4 einen blutigen Nasenausfluss, welcher in jedem Falle Diphtheriebacillen enthielt. Bei zwei immunisirten Kindern entwickelte sich eine Diphtherie nach 31, resp. 33 Tagen. Wo nur 250 Einheiten gebraucht wurden, waren keine üblen Folgen zu constatiren; in zwei Fällen wurden jedoch 400 Einheiten angewandt, und entwickelte sich in beiden bald eine Urticaria. Louis Heitzmann (New-York).

Fraenkel, E. Spaltpilze bei Erysipel und Gelenkrheumatismus. (Ergebnisse der allg. Pathol. und path. Anatomie, Band II, Wiesbaden. Bergmanns Verlag.) Ref. nach Baumgarten 1895.

Fraenkel bringt eine Zusammenfassung und Kritik der neueren Forschungen über die Aetiologie des Erysipels und Gelenkrheumatismus.

Bezüglich des Erysipels hat sich nun die Mehrzahl der Autoren dahin entschieden, auf Grund klinischer Beobachtungen, anatomischer Untersuchungen und thierexperimenteller Ergebnisse, eine Identität des Erysipelcoccus mit dem Streptococcus pyogenes anzunehmen. Es ist im Anschluss an Eiterungsprocesse Erysipel und umgekehrt sind im Gefolge von Erysipel Eiterungsprocesse beobachtet worden (Fraenkel, Petruschky). Sieber-Schoumoff glaubt in dem biochemischen Verhalten von Erysipelcoccen und Streptococcen — der Streptococcus soll in Zuckerlösungen optisch inactive, der Erysipelcoccus optisch active Milchsäure produciren — eine Differenzirung gefunden zu haben, die aber von Baumgarten als nicht immer zutreffend zurückgewiesen wurde. Der zweite Abschnitt behandelt die Aetiologie des Gelenkrheumatismus in gleicher Weise und hat kein speciell dermatologisches Interesse.

Joh. Fabry (Dortmund).

Johnston, James C. The Cutaneous Tuberculoses in Childhood. — The American Journal of the Medical Sciences. — Band CXIV Nr. 5. 1897.

Johnston theilt die Hauttuberculosen, welche bei Kindern bis zu 15 Jahren auftreten, in zwei grosse Gruppen: I. Tuberculosen; II. Paratuberculosen. Bei den ersteren wird der Tuberkelbacillus in den Geweben gewöhnlich gefunden, bei den zweiten jedoch beinahe nie. Unter die Tuberculosen rechnet er die folgenden 5 Erkrankungen: 1. Lupus vulgaris; 2. Scrofuloderma; 3. Tuberculosis verrucosa; 4. Tuberculosis vera; 5. Miliar-Tuberculose. Bei der Behandlung dieser Affectionen warnt er vor dem Gebrauche von Tuberculin, durch welches er nie auch nur die geringste Besserung gesehen hat. Ausser den gebräuchlicheren Behandlungsweisen, wie Excision, Auskratzung, Scarificationen, Cauterisation und Caustica, hat er durch Elektrolyse bei isolirten Läsionen Erfolg gesehen. Für Entfernung der Narben empfiehlt er subcutane Einspritzungen einer 10procentigen Thiosinaminlösung in Glycerin und Wasser.

Die Paratuberculosen sind: 1. Die Scrofuliden; 2. die Tuberculiden und 3. Hyperchromatose. Die Tuberculiden enthalten a) Lichen scrofulosorum; b) Acne cachecticorum; c) Erythema induratum scofulosorum; d) gruppirte Folliculitis; e) möglicherweise Hydradenitis und f) Lupus pernio. Die ersten drei sind typische Paratuberculosen, während die letzteren zweifelhaft sind. Die Scrofuliden sind das kleine pustulöse Scrofulid, das grosse pustulöse Srofulid und gewisse eiternde Folliculiden. Die letzte Classe enthält nur die Hyperpigmentirung, wie man sie bei verschiedenen Cachexien wie Syphilis, Krebs, Diabetes etc., so auch bei Tuberculose sieht.

Louis Heitzmann (New-York).

Ware, Martin W. A Case of Inoculation Tuberculosis after Circumcision. New-York, Med. Journal. LXVII. p. 287. Februar 26. 1898.

Ware veröffentlicht einen weiteren Fall von tuberculösem Geschwür am Penis mit vereiternden Bubonen nach Infection bei der rituellen Beschneidung.

H. G. Klotz (New-York).



Seeligmann, L. Ueber einen Fall von Genital- und Hauttuberculose, behandelt mit Tuberculin-R. Dtsch. med. Woch. 30. 1897.

Bei einer 28jährigen Frau mit ausgedehnten lupösen Ulcerationen an der Nase und am Handrücken, sowie Pyosalpinx et Endometritis tuberculosa machte Seeligmann ungefähr 40 Injectionen mit Tuberculin R. Hiernach schwand nicht nur der Pyosalpinx, sondern es ging auch die lupöse Erkrankung der Nase und des Handrückens bedeutend zurück.

Max Joseph (Berlin).

Ginestous. Ulcération tuberculeuse de la langue. Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 236.

Der 48jährige Patient Ginestous's litt ausser an einer Lungentuberculose an einem tuberculösen Geschwür der Zunge, welches, in der Gegend der Papillae circumvalletae gelegen, etwa 2½ Cm. lang, 1½ Cm. breit und 1 Cm. tief war. Das nach der Meinung des Vortragenden Interessante an dem Fall ist die absolute Schmerzlosigkeit der Affection, während die meisten anderen Autoren die grosse Schmerzhaftigkeit derselben betonen, ja sogar Féréol deswegen eine Parallele zwischen den tuberculösen Geschwüren der Zunge und des Anus zieht, weil sie im Anblick einander ähnlich, das erste sehr schmerzhaft, das zweite absolut schmerzlos seien. Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Carrière. Lupus ulcéré de la langue. Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. Séance du 8 mars 1897. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897 p. 292.

Demonstration eines Falles von exulcerirtem Zungenlupus bei einem Mädchen mit augenblicklich vernarbtem Gesichts- und Nasenlupus.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Liaras. Lésions lupoïdes de la base de la langue et de l'épiglotte. Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. Séance du 1 mars 1897. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897 p. 288.

Demonstration einer 19jährigen Patientin, die schon seit mehreren Jahren in ärztlicher Behandlung ist und bei der im Jahre 1895 die Diagnose auf Lupus der Zungenbasis und der Epiglottis gestellt und später die Tracheotomie wegen Larynxstenose vorgenommen wurde. Patientin, die inzwischen eine Gravidität gut überstanden hat (das gesund geborene Kind starb nach 2 Monaten an tuberculöser Meningitis), zeigt jetzt die ganze Gegend von der linken Tonsille und den linken Gaumenbögen an bis herab zur Zungenbasis und Epiglottis von einer grauen fungösen, mit kleinen oberflächlichen Geschwüren untermischten Masse bedeckt, während die Stimmbänder frei sind. Der sehr günstige Erfolg einer antisyphilitischen Cur lässt nun die Frage zu, ob es sich hier um eine Lues, wofür sonst kein Anhaltspunkt ist, oder um Tuberculose oder aber um eine Combination beider Krankheiten, „un scrofulate de vérole", wofür Vortragender plaidirt, handelt. Paul Neisser (Beuthen O. S.).



Brocq. Cautérisation ignée dans le lupus. Rev. cut. de méd. et de chir. 25. Mai 1897. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897 p. 499.

In dem nichts Neues bringenden Aufsatze empfiehlt Brocq die galvanocaustische Behandlung des Lupus und gibt die bekannten Verhaltungsmassregeln für dieselbe in Bezug auf Intensität der Glühhitze, Entfernung der Einstiche von einander u. s. w. Die Nachbehandlung geschieht bei ihm in der üblichen Weise zunächst mit feuchten Verbänden, sodann mit Salben oder Pflastern von Quecksilber, Creosot oder Salicyl. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Albers-Schönberg. Beitrag zur therapeutischen Verwendung der Röntgen-Strahlen in der Behandlung des Lupus. Fortschr. auf dem Geb. d. Röntgenstr. B. I.

Albers-Schönberg führt zwei Fälle von Lupus an, von denen der eine „bis auf weiteres" als geheilt betrachtet werden kann, während der zweite in fortschreitender Heilung begriffen ist.

Der erste Patient, der den Beginn seiner Erkrankung bis zum Januar 1895 zurückdatirt, befand sich seit dieser Zeit in ärztlicher Behandlung und waren verschiedene erfolglose Versuche gemacht worden, den Lupus zu entfernen. Bei der Aufnahme der Behandlung mit Röntgen-Strahlen im März 1897 zeigte sich unterhalb der Nasenwurzel der Nasenrücken diffus geröthet. An den seitlichen Partien der Nase, in den Nasolabialfalten und am Septum narium, auf die Oberlippe übergreifend und in die Nase hinein sich verbreitend fanden sich Knötchen von Hirsekorn- bis Kleinerbsengrösse, von denen einige theils erweicht und geschwürig zerfallen, theils mit blutigen Epidermisschuppen und Borken ausgetrockneten Secretes bedeckt waren. Gesicht und Kopf wurden mit einer Staniolmaske geschützt und nur die erkrankten Theile freigelassen. Die Röhre befand sich 25 Cm. oberhalb des Gesichtes, die Stromstärke betrug 20 Volt und 5 Ampère. Die täglich vorgenommene Bestrahlung dauerte 20 bis 30 Min. Eine Empfindung hatte dabei der Patient nicht. Am 17. Tage stellte sich deutliche Reaction in Form einer erheblichen Röthung der bestrahlten Partien ein, 4 Tage später trat an denselben Stellen Dermatitis mit reichlicher Eiterung auf. Bis zur völligen Heilung dieser Dermatitis wurde die Bestrahlung ausgesetzt. An Stelle eines Theiles der ulcerirten lupösen Wucherungen war gesunde Haut ohne Narbenbildung getreten, die nicht zerfallenen Knötchen waren theilweise eingetrocknet. Es wurde nun in derselben Weise die Behandlung durch acht Monate fortgesetzt, wobei ein langsames, constantes Zurückgehen der lupösen Wucherungen beobachtet wurde. Die Knötchen schrumpften und verschwanden schliesslich. Störende Nebenerscheinungen zeigten sich nicht.

In einem zweiten Falle handelte es sich um eine Patientin mit lupösen Wucherungen auf der rechten Wange, der Oberlippe und im Inneren der Nase. Die Behandlung war die gleiche, wie im vorhergehenden Falle, doch trat die erste Reaction bereits am fünften Tage auf. Das Resultat war nach 6monatlicher Behandlung ein ähnliches, wie im erst-



erwähnten Falle, allmäliges Verschwinden und Eintrocknen der Knötchen unter Substituirung gesunder Haut. Zwei wallnussgrosse, harte Drüsentumoren in der rechten regio submaxillaris gingen allmälig zurück. Auf den Lupus im Inneren der Nase hat ein Einfluss nicht stattgefunden. Abbildungen der erkrankten Hautstellen vor und nach der Behandlung zeigen deutlich die Heilung.

Der Verfasser hält es für wichtig, die Behandlung so einzurichten, dass es nicht bis zur acuten Dermatitis mit Eiterung kommt, und zieht es vor auf gar zu hochgespannte Ströme zu verzichten, obwohl letztere energischer wirken. Ueber die Art der Wirkung der Röntgen-Strahlen auf das lupöse Gewebe kann noch nichts mit Sicherheit gesagt werden, möglicherweise besteht eine directe, durch die Hyperämie unterstützte Wirkung auf das tuberculöse Gewebe. Landsmann (Prag).

Gilchrist, T. Caspar and **Stokes,** William Royal. A Case of Pseudo-Lupus Vulgaris caused by a Blastomyces. Journal of Experimental Medicine III, 1, 1898.

Gilchrist und Stokes geben einen ausführlichen Bericht über einen im Johns Hopkins Bulletin, Juli 1896, bereits kurz mitgetheilten Fall. Es handelte sich um eine ziemlich ausgebreitete Erkrankung der Haut bei einem 33jährigen, sonst völlig gesunden Mann, bei dem sich keine Spur von Tuberculose oder Syphilis, namentlich keine Vergrösserung der Lymphdrüsen nachweisen liess. Die Krankheit begann vor 11½ Jahren hinter dem linken Ohr und verbreitete sich von da aus fast über das ganze Gesicht, scheint aber jetzt begrenzt. Ein circa ein Monat später auf dem Handrücken aufgetretener Herd heilte nach ungefähr 4 Jahren unter Gebrauch von Aetzmitteln; zwei weitere Herde auf der rechten Seite des Scrotum und auf der vorderen Fläche des linken Oberschenkels dicht oberhalb des Condyl. intern. traten gleichzeitig ungefähr 6 Monate nach dem ersten auf und heilten nach ungefähr einem Jahre von selbst. Die Krankheit begann in allen Fällen mit der Bildung eines kleinen Knötchens (pimple) von der Grösse eines Getreidekornes, welches rasch in Eiterung überging und dann ausserordentlich langsam zu Narbenbildung führte, während an der Peripherie neue Knötchen sich bildeten. Anfangs glich die Krankheit in vielen Punkten dem Lupus vulgaris, die Narben waren mehr atrophisch und dünn.

Schnitte aus den afficirten Hautpartien zeigten die Anwesenheit knospender Hefenpilze (Blastomyceten), ausserdem pathologische Veränderungen ähnlich denen in Gilchrist's erstem Falle (Johns Hopkins Hospital Reports I, 269, 291) und öfters beinahe typische Tuberkel.

Die in den Geweben vorgefundenen Organismen stellen in der Hauptsache kugelige, einzellige Körper von 10—20 μ im Durchmesser dar, und bestehen aus einer doppelt contourirten Membran, welche ein fein granulirtes Protoplasma zuweilen mit einer Vacuole einschliesst. Viele Knospenformen in verschiedenen Entwicklungszuständen fanden sich vor, Kerne konnten nicht nachgewiesen werden; Mycelien oder Hyphen waren in den Geweben nicht vorhanden. Die Parasiten fanden sich



fast immer ausserhalb der Zellen, verhältnissmässig wenige waren in Riesenzellen eingeschlossen.

Reinculturen der Organismen wurden direct von den Hautläsionen erhalten aus dem Eiter, der an zwei Stellen aus papillomatösen Formen ausgedrückt wurde. Der Organismus wuchs auf allen den gewöhnlichen Culturmedien, besonders gut auf Kartoffeln und Bierwürze-Agar. Die Culturen zeigten sowohl Knospen als ziemlich reichliches Mycelium. Aeltere durch mehrere Generationen gezüchtete Culturen brachten zuweilen wenig oder gar kein Mycelium hervor. Die Körper selbst waren rund oder eiförmig, doppelt contourirt, lichtbrechend, von 10—20 μ im Durchmesser. In seltenen Fällen war das Mycelium von zweierlei Art, sehr dünn oder gröber mit aufsitzenden Knospen und Conidien.

Inoculationen wurden mit Erfolg auf Hunde, ein Pferd, ein Schaf und auf Meerschweinchen gemacht, deren auffallendstes Resultat Knötchen in den Lungen waren. Dieselben imponirten bei oberflächlicher Betrachtung als Tumoren, erwiesen sich aber unter dem Mikroskop als chronisch entzündlicher Natur und enthielten zahlreiche Parasiten, dem Aussehen nach identisch mit den bei dem Patienten gefundenen. Mycelien fanden sich bei keinem der erfolgreich geimpften Thiere. Da der Parasit Zucker nicht in Gährung versetzte und in Culturen Mycelium erzeugte, so könnte er sowohl zu den Blastomyceten als zu den Oidien gehören, doch darf man ihn in Einklang mit der vorherrschenden Nomenclatur als Blastomyces ansehen.

Die Autoren geben dem Parasiten den Namen Blastomyces Dermatitidis und bezeichnen die durch denselben hervorgerufene Krankheit als Blastomycetische Dermatitis. Sie empfehlen, tuberculöse Erkrankungen der Haut, insbesondere Fälle von Tuberculosis verrucosa cutis genauer auf die Anwesenheit von Blastomyceten hin zu untersuchen. Dies könne sehr leicht und rasch dadurch bewerkstelligt werden, dass die ungefärbten Schnitte mit gewöhnlicher Kalilauge durchtränkt werden; die Organismen erscheinen dann, wenn vorhanden, deutlich als doppelt contourirte, lichtbrechende Körper. H. G. Klotz (New-York).

Jurinka, Josef. Zur conservativen Behandlung der menschlichen Actinomycose. Mittheil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir. B. I, p. 139.

Jurinka berichtet zunächst über die Erfahrungen, die andere Autoren mit der innerlichen und subcutanen Anwendung von Jodkalium bei Actinomycose gehabt haben; dieselben sind ermuthigend und haben der Jodkaliumtherapie schon eine gesicherte und angesehene Stellung errungen. Die innerliche Darreichung ist der schmerzhaften subcutanen vorzuziehen. Die Jodkaliumbehandlung muss monatelang fortgesetzt werden. J. hat sich nun, nachdem er aus der Klinik von Wölfler gleichfalls klinische Beobachtungen über solche Fälle, die durch Jodkalium günstig beeinflusst wurden, mitgetheilt hat, auch die Frage vorgelegt, wie sich diese günstige Wirkung erkläre und der Autor kommt nun, nach lege artis ausgeführten bakteriologischen und experimentellen



Untersuchungen zu dem Resultat, dass die Wirkung, wie ja von vorneherein per analogiam anzunehmen war, durch die Jodabscheidung erfolge, dass weiterhin das Mittel den Pilz nicht tödtet, wohl aber seine Entwickelung und Vermehrung im Körper hemmt. Jodkalium wird zumeist in Dosen von 2 Gramm pro die verabreicht, und das wird natürlich lange Zeit, monatelang gut vertragen; wissen wir doch aus unseren Erfahrungen bei Behandlung der Psoriasis nach Haslund mit grossen Dosen Jodkalium dass selbst Dosen von 30, 40 bis 50 Gramm pro die wochenlang gut vertragen werden. Wenn aber schon mit geringeren Dosen eine Heilung der Actinomycose erzielt wird, so ist das ein weiterer Vorzug der Methode. Joh. Fabry (Dortmund).

Thollon, Emile. Du sarcome actinomycosique. (Actinomycome néoplasique.) Forme cervico-faciale. Thèse de Lyon 1896—1897, Nr. 28. (42 Seiten.)

Thollon berichtet über einen 16jährigen Patienten, der sich im December 1894 vorstellt. Beginn der Affection im August 1891 mit Zahnschmerzen, Schwellung des aufsteigenden linken Unterkieferastes; Trismus. Bei der Vorstellung: Diffuse Schwellung der Regio marseterico-temporalis sinistra. Haut wenig verfärbt. In der Gegend des Arcus zygomaticus und des Unterkiefergelenks ein gewisser elastischer Widerstand, aber nirgends Fluctuation. Im Uebrigen ist die Schwellung bretthart. Trismus. Kein Fieber. Pat. ist abgemagert, macht einen leidenden Eindruck. — Prof. Poncet stellt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Actinomycose oder auf ein gewöhnliches Osteo-Sarcom. Operation. Beim Einschnitt aufs Os zygomaticum kommt man durch hartes, schwartiges Gewebe. Nirgends ein Tropfen Eiter. Vom Knochen werden 7 Cm. entfernt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose: Actinomycosis. — Besserung. Allein schon Mitte Jänner 1895 Wiederaufnahme. Schwellung der ganzen linken Gesichtshälfte. An einem Punkt der alten Operationsnarbe eine Fistel, aus der sich dünne seropurulente Flüssigkeit entleert. Fluctuation am Unterkieferwinkel. Trismus. Heftige Schmerzen. Incision der fluctuirenden Stelle. Es entleert sich trübe Flüssigkeit mit den charakteristischen gelben Körnchen. Periost verdickt, aber keine Osteophyten und keine Necrose. Ende Februar 1895 geht der Kranke cachektisch zu Grunde unter Erscheinungen, die einen centralen Herd (wahrscheinlich ebenfalls actinomycotischer Natur) annehmen lassen. — Zusammenstellung der Literatur (im Ganzen noch vier Fälle). Besprechung der pathologischen Anatomie und der Differentialdiagnose. Kuznitzky (Köln).

Rouffiandis, Emanuel. Sur une dermite perlée non décrite à allure clinique d'actinomycose. Thése de Lyon 1896/97 Nr. 22. 36 Seiten.

Bericht über zwei Patienten, deren Krankengeschichte dem klinischen Befunde nach durchaus dem Bild der Actinomycose entsprachen (beidemal war die linke untere Gesichtshälfte befallen). — Der aus den Fisteln sich entleerende Eiter enthielt zahlreiche graue und gelbliche Körnchen, die aber zum grossen Erstaunen der Untersucher (ausser dem

Verf. auch noch Prof. Poncet-Lyon und sein Assistent Dr. Dör) keine Spur von Actinomyceselementen aufwiesen, so viel und sorgfältig auch untersucht wurde. Die Körnchen waren vielmehr zusammengesetzt aus einer Unmenge zusammengeballter epithelialer Zellen, und liessen auf dem Durchschnitt unregelmässig kreisförmige oder elliptische, concentrische Schichtung erkennen. Schnitte durch das erkrankte Gewebe selbst zeigen complicirtere Verhältnisse: Vorwiegend kleinzellige Infiltrate, die stellenweise concentrische Anordnung, und im Centrum polygonale Zellformen (durch gegenseitigen Druck) aufweisen. An einem Theil dieser Nester zeigen die centralen Zellen colloide Entartung, in wieder anderen hornige Metamorphose (gleich den Cancroid-Perlen). Von diesen epithelialen Gebilden völlig differente „endotheliale Perlen" fanden sich ferner sowohl mitten im Epithel eingeschlossen, als auch im Bindegewebe. Sie sind stets genau begrenzt, gehen vom Gefässendothel aus und heben sich ungemein scharf vom umgebenden Gewebe ab. Die Bindegewebszellen sind stellenweise stark gewuchert, so dass rundzellensarcomähnliche Bilder entstehen. Ausserdem finden sich wohl charakterisirte Riesenzellen vor. Mikroorganismen konnten nirgends nachgewiesen werden. Die histologischen Befunde sind durch 3 Tafeln illustrirt. — Verf. resumirt, dass es sich hier um einen entzündlichen Process mit langsamer Entwicklung handle, der in seinen klinischen Eigenschaften, seinem Sitz, und in den gelben Körnchen völlig dem Bild der Actinomycose entspreche. Differentialdiagnostisch wird aber sowohl die Actinomycose selbst als auch die Pseudo-Actinomycose ausgeschlossen, ebenso Carcinom, Cancroid, Cylindrom, Scrophuloderma, Lupus, Lepra, Syphilis und Rhinosclerom, und Verf. schlägt für die Affection vorläufig den Namen vor: „Dermite perlée à allure clinique d'actinomycose."

Kuznitzky (Köln).

Carrière. Lèpre mixte à prédominance de lésions, tégumentaires. Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. Séance du 18 janvier 1897. Referirt im Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, p. 282.

Vorstellung eines 52jährigen an Lepra tuberosa et nervosa erkrankten Patienten. Derselbe hatte 35 Jahre lang in Guadeloupe, Brasilien und Paraguay gelebt und war nach Frankreich zurückgekehrt ein Jahr später erkrankt. Interessant ist die Angabe des Patienten, dass seine Krankheit von dem mehrfachen Genuss von Ichneumonfleisch herrühre, eine Annahme, die in den dortigen Gegenden allgemein sei. Die Behandlung bestand bisher in Petroleum, das innerlich und äusserlich angewendet wurde, und mit dem Vortragender in 3 Fällen günstige Erfolge — ohne Albuminurie zu constatiren — gehabt haben will.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Audry. Sur un cas de lèpre. Etude histologique des lépromes. Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 457.

Nach der Schilderung eines typischen, einen 17jährigen, aus Spanien gebürtigen Knaben betreffenden Falles von tuberöser und nervöser Lepra berichtet Audry über den mikroskopischen Befund an zwei excidirten

Lepratumoren. Während die Epidermis zwar oft verdünnt, aber stets erhalten ist, fehlen Haare und Hautdrüsen fast gänzlich; das Bindegewebe wird von der leprösen Neubildung nur sehr langsam vernichtet, so dass selbst in Mitte derselben sich noch Trümmer von Bindegewebe befinden. Was die Zellen anbetrifft, so unterscheidet er Lymphzellen, die im Innern des Tumors selten, an den Rändern häufig zu finden sind, und Proliferationszellen, runde oder polygonale Zellen mit grossem, granulirtem Kern und reichlichem, gut färbbarem Protoplasma, die nach des Verfassers Meinung so ziemlich den Plasmazellen entsprechen. Ab und zu finden sich Gefässe, die entweder obliterirt sind oder eine Verdickung der Adventitia zeigen. Aber noch eine dritte Sorte von Zellen ist vorhanden, die sogenannten Virchow'schen Leprazellen, die Audry in Uebereinstimmung mit Unna für Bacillenhaufen hält. Auch die anderen strittigen Fragen, ob das Leprom aus Lymph- oder Proliferationszellen besteht, ob die Bacillen endo- oder extracellulär liegen, streift Verf. ohne eine bündige Antwort auf dieselben geben zu wollen.

Paul Neisser (Beuthen O. S.)

Osler, William. Leprosy in the United States, with the Report of a Case. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital. Band IX. Nr. 84, 1898.

An der Hand einer 30jährigen Leprösen, welche in Baltimore geboren wurde, aber mit 16 Jahren einige Monate in Demerara in West-Indien lebte, und 8 Jahre später Lepra bekam, bespricht Osler die Frage, ob sich die Krankheit in den Vereinigten Staaten verbreitet. Es gibt jetzt in den Staaten drei Lepracentern, und zwar erstens in Theilen von Minnesota und Wisconsin, in welche die Lepra durch Skandinavier eingeschleppt wurde, zweitens in Californien durch Chinesen eingeschleppt, und drittens in Louisiana, wo sie jetzt noch am verbreitetsten ist und ungefähr 300 Fälle existiren. Mit einer einzigen Ausnahme ist kein Fall bekannt, dass ein Amerikaner von einem eingeschleppten Fall angesteckt wurde, und ist Lepra in den Vereinigten Staaten entschieden im Aussterben. Es existirt auch nicht die geringste Gefahr einer Verbreitung.

Louis Heitzmann (New-York).

Calderone, Carmelo. Tossicità dell' urine e del sangue dei Leprosi. Giornale Ital. delle malattie veneree e della pelle XXXII, 1897, V., p. 596.

Calderone suchte zur Klärung der Widersprüche, welche über die Toxität des Harnes und Blutserums Lepröser noch immer herrschen, durch Experimente am Thiere beizutragen. Zu diesem Behufe injicirte er unter besonderen Cautelen steril entnommenen Harn Kaninchen langsam in eine Vene der Hinterfläche der Ohrmuschel, bis Vergiftungserscheinungen auftraten, und bestimmte aus der Menge des Harnes und dem Gewichte des Versuchsthieres die Urotoxität. Es ergab sich, dass der Harn Lepröser eher eine geringere Toxität besitze, als der gesunder Menschen. Aehnliche mittels Blutserum Lepröser ausgeführte Versuche zeigten, dass dessen Giftwirkung auf die Thiere nur um weniges grösser

sei als von Gesunden. Ferner ging aus diesen Versuchen hervor, dass die Toxität des Blutserum grossen Schwankungen unterliegt, je nach der Zeit, welche zwischen seiner Entnahme und dem Thierexperimente verflossen ist. Je frischer das Serum, desto bedeutender seine Giftwirkung. Dieser Umstand erklärt vieles in den differirenden Angaben verschiedener Forscher. Endlich wurden auch Versuche über die baktericide Kraft des Blutserum Lepröser angestellt. Aus allem ergibt sich, dass bei der Infection mit dem Bacillus Hansen sich im Blute specielle Giftstoffe, aber in nicht sehr bedeutender Menge vorfinden; diese Giftstoffe erscheinen jedoch nicht im Harne, da dieser sogar weniger giftig ist, als der normaler Menschen. Theodor Spietschka (Prag).

Rosenbaum, Sol. N. Therapeutics of Carbuncles. New-York. Med. Journal LXVII, 824. 11. Juni 1898.

Rosenbaum behandelt Carbunkel nach einer von G. K. Swinburne angegebenen Methode. Eine 6—8fache Lage aseptischer Gaze von etwas grösserem Umfange wie der Carbunkel selbst, wird mit Borsalicyllösung getränkt und mit einer 10% Ichthyolsalbe bestrichen auf den Carbunkel applicirt, darüber kommt eine Lage Gummi protective, das die Gaze überragt und eine Schicht Watte, die mit Binden befestigt werden. Verbandwechsel alle 2 Tage, Heilung je nach der Grösse der Carbunkel in 8—10 Tagen. H. G. Klotz (New-York).

Testi, A. et **Beri,** G. Sopra il microorganismo dello scorbuto. Archivio ital. di Clinica med. punt. 1, p. 1 ref. nach Baumgarten's Bericht. 1895.

Testi und Beri haben Stückchen Zahnfleisch von mit Scorbut behafteten Patienten in sterilisirtem Wasser zerstampft und aus diesem Gemenge Culturen angelegt. Sie fanden einen dem Staphylococcus pyogenes ähnlichen Mikroorganismus und glauben nun zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass ein ätiologischer Zusammenhang bestehe zwischen diesem Mikroorganismus und dem Scorbut. Wir halten diese Schlussfolgerung denn doch für zu gewagt. Johann Fabry (Dortmund).

Fayrer, J. A case of purpura haemorrhagica (acute exudative erythema). The Brit. Journ. of Derm. 1896. p. 74, März.

Der 24jährige Patient, Gardist, der bisher ausser Obstipation keine nennenswerthen Krankheiten durchgemacht hatte, erkrankte am 26. Nov. 1895 an Schmerzen im rechten Knöchel. Bei der Besichtigung im Lazareth erschien der rechte Knöchel geschwollen, roth und sehr empfindlich. Auf der glatt glänzenden Hautoberfläche waren einige strohgelbe Flecke sichtbar. Pat. sah sehr blass aus, hatte eine dick belegte Zunge und war verstopft. Temperatur 100·8° F. In den nächsten Tagen erkrankten der andere Knöchel, das linke Kniegelenk, die Ellbogen, Handgelenke. Pat. klagte über starke Schmerzen im Munde, ohne dass sich objectiv etwas nachweisen liess. Während die Gelenkerscheinungen nachliessen, traten Schwellungen und Blutergüsse im Gesicht, den Oberschenkeln und vielen anderen Stellen der Haut sowie im Munde auf, so dass Pat. lange Zeit schwer krank darniederlag. Erst am 11. Februar



war er vollständig genesen. Verf. bespricht die Differentialdiagnose des Falles am Schluss, indem er die Verschiedenheit dieser Gelenkaffection von anderen auf rheumatischer Basis betont. Ledermann (Breslau).

Mackenzie, Stephan. On the relationship of purpuric rheumatica to erythema exsudativum multiforme. The Brit. Journ. of Derm. p. 116, 1896.

Mackenzie ist geneigt, den im vorigen Heft von Fayrer beschriebenen Fall von „Purpura haemorrhagica“ (acutes exsudatives Erythem) lieber als Purpura rheumatica (Peliosis rheumatica, Schönlein) zu bezeichnen, obgleich er von dem gewöhnlichen Typus etwas abweicht. Die Schwierigkeit, zu einem Schluss über die rheumatische Natur dieses oder eines anderen Falls zu kommen, beruht auf dem Fehlen eines absoluten Kriteriums des Rheumatismus, welcher bisher nur eine Bezeichnung für eine Reihe von Symptomen ist, dessen pathologischer Charakter aber zur Zeit nicht genügend geklärt ist. Solche Symptome, wie Pyrexia, Arthritis, Schweisse setzen die Diagnose rheumatisches Fieber zusammen und sind gewöhnlich begleitet von Entzündungen seröser Membranen, des Endocards, Pericards, der Pleura etc. und stehen oft in Verbindung mit Chorea, Tonsillitis und verschiedenen Formen vom polymorphen Erythem und Purpura. Bei Kindern fehlt sogar häufig die Arthritis und ist nur eins oder das andere der genannten Symptome vorhanden. So hält Verf. auch den Fayrer'schen Fall für rheumatisch, weil die Affection mit Arthritis und den bekannten Symptomen des acuten Rheumatismus begann und erst später Hauterscheinungen zeigte. Verf. beschreibt sodann einen letal verlaufenen Fall von Purpura rheumatica mit Arthritis, Pyrexia, starker Zungenschwellung in Folge von parenchymatöser Hämorrhagie. Bei der Section fanden sich Hämorrhagien in der Pleura und Lunge, in den Schleimhäuten des Intestinaltractus und des subcutanen und Muskelgewebes. Dieser Fall hatte keine Endocarditis, obwohl er mehrfach an rheumatischen Attaquen gelitten hatte. In einem zweiten, genesenen Fall stellte Verf. trotz Abwesenheit von Herzsymptomen und obwohl anamnestisch absolut nichts für Rheumatismus sprach, die Diagnose Purpura rheumatica. Verf. gibt nach seinen Erfahrungen folgende Schilderung der Krankheit: die Purpura rheumatica kommt bei beiden Geschlechtern gleich häufig vor und tritt gewöhnlich zwischen dem 11. und 40. Lebensjahre auf. Sie wird in einigen Fällen von acutem oder subacutem Rheumatismus eingeleitet, in anderen entwickeln sich die rheumatischen (oder arthritischen) Symptome gleichzeitig oder unmittelbar nach der Purpura. Gewöhnlich hat der Patient zunächst ziehende oder reissende Schmerzen in den unteren Extremitäten, manchmal Jucken. Dann entwickeln sich rothe Flecke an den Beinen, zunächst Purpura papulosa. Die Schmerzen sind hauptsächlich Nachts und stören manchmal den Schlaf. Täglich kommt es zu neuen hämorrhagischen Eruptionen, die dann alle Stadien der Hautblutungen durchmachen und verschiedene Farbennuancen zeigen. Vielfach besteht leichte Schwellung der Knöchel und Knie, zuweilen der Armgelenke. Die Affection, welche



keine ausgesprochene Prädilection für die Streck- oder Beugeseite zeigt, tritt meist symmetrisch auf, befällt meist die Extremitäten, nur in schweren Fällen den Rumpf. Hämorrhagien in Schleimhäute sind selten. Störungen des Allgemeinbefindens fehlen nie. Die Dauer ist unbegrenzt; der Ausgang selten letal, fast stets in Genesung. Einen solchen typischen Fall gibt Verf. in extenso wieder. Verf. stimmt mit der Anschauung, dass die Purpura rheumatica eine Abart des Erythema multiforme ist, nicht ganz überein, indem er zwar zugibt, dass viele Formen von Erythema mit Rheumatismus und Purpura vergesellschaftet sind, jedoch derart, dass bei dem Erythema multiforme die Hämorrhagie nur zufällig, bei der Purpura aber primär und essentiell auftritt. Meist fehlt bei der Purpura das Erythem. Das Erythema multiforme hält Verf. für eine Abart des multiformen Erythems, nicht für eine Krankheit sui generis. Als Ursache für Purpura und Erythema multiforme sieht Verf. in Uebereinstimmung mit Prof. Wright eine Blutalteration an, die er auch für Urticaria supponirt. In dieser Beziehung scheinen Prof. Wright's Mittheilungen über die verminderte Blutcoagulationsfähigkeit einen wichtigen Factor für die Beurtheilung der Fälle darzustellen. Ledermann (Breslau).

Erythematöse, ekzematöse, parenchymatöse Entzündungsprocesse.

Knox, R. W. Erythema multiforme nach Circumcision. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. März 1897.

Zur Unterstützung der Annahme, dass Urticaria und Erythema multiforme nahe verwandte Processe darstellen und durch Reflexvorgänge ausgelöst werden, berichtet Knox über einen nach Circumcision eines 5jährigen Jungen gefolgten Erythems, welches in Form vom Knötchen einen Tag nach der Operation zum Ausbruch kam und von Penis ausgehend sich über den ganzen Körper ausbreitete und mit mässiger Schuppung verlief. A. B. Berk (New-York).

Frank, L. J. Ein Fall von Erythema scarlatiniforme. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. März 1897.

Der Bericht bezieht sich auf einen 16jährigen Jungen, der im Alter von 9 Jahren Scharlach hatte und im Juni 1892 angeblich durch den Contact mit Rhus toxicodendron plötzlich mit Delirien und hohem Fieber — 40 C. — erkrankte. Am 4. Tage trat ein diffuses erythematöses Exanthem auf, welches sich allmälig, an den Händen und im Gesichte beginnend, auf den ganzen Körper ausdehnte, an den Beugeflächen nässend und heftig juckend. Es folgte der Eruption dann eine ausgiebige lamellös-blätterige Schuppung, drei Wochen dauernd. Die Nägel und Haare wurden durch neuen Nachwuchs ersetzt. Im Nov. 1893 stellte sich im Gefolge einer bereits heilenden Tonsillo-Trachealen Entzündung, wieder



ein ähnliches erythematöses juckendes Exanthem über dem ganzen Körper ein. Diese, wie auch die später sich wiederholenden Recidive zeigten nirgends nässenden Charakter. Kaum war die Desquamation beinahe vollendet, als ein Rückfall erfolgte, sich erst über Gesicht und Kopfhaut und dann über den ganzen Körper erstreckend. Das 3. Recidiv fand im März 1895; das 4. im Januar 1896 statt, ähnlich den früheren verlaufend und auch von einem Rückfall gefolgt. Verfasser schliesst diesen Fall an die von Besnier und Feréol i. J. 1876 beschriebene Form von Erythéma scarlatiniforme desquamatif recidivant an, wohin auch die von Hallopeau, Loviat, Blanc, Allen, Török, Rotillon, Elliott, Dumesnil beschriebenen Fälle gehören. Die häufigen Rückfälle, Mangel der Contagiosität und Albuminurie unterscheiden diese Krankheitsform von wahrem Scharlach. Das anfänglich localisirte Erythem breitet sich rasch aus, wird schon nach 4 Tagen von Schuppung und am Ende derselben von einem wiederholten Rückfall desselben Charakters gefolgt. Ob das im Blute circulirende chemische Agens oder dessen Toxineproducte das centrale Gefässnervensystem alteriren, lässt Verfasser unentschieden. Er glaubt, die Bakteriengifte, Ptomaine wirken in ähnlicher Weise. Die Rückfälle erklärt Verf. durch die Latenz des Giftes im Körper, dessen unvollständiger Elimination, und auch durch die geschwächte Resistenz des Gefässtonus. Aetiologisch reiht Verf. dieses Erythem den im Gefolge von Sepsis, Quecksilbervergiftung, Menstruationsanomalien und psychischer Aufregung auftretenden Secundärerythemen an. Die vielfach recidivirenden Scharlachfälle mancher Autoren möchte Verf. für scarlatiniforme Erytheme halten. Lustgarten (New-York).

Dr. **Holder**, O. H. (New-York.) Die Pathologie des Lupus erythematosus. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. May 1897.

Indem sich Holder erst auf die, über das Wesen dieser Krankheit verschiedene Ansichten vertretenden, zwei Lager bezieht, nämlich das der Wiener und das der französischen Schule, berichtet derselbe über seine von Gewebsschnitten erhaltenen mikroskopischen Befunde. Der Autor schliesst sich der modernen Ansicht, welche den Sitz und die Entstehung der Erkrankung in die mittlere Lage des Coriums verlegt, und als rundzellige Infiltration den Gefässen entlang auffasst, an; weist jedoch darauf hin, dass die fettig und körnig degenerirten Rundzellen sich nicht dem Lupus ähnlich in Haufen entwickeln, sondern isolirt stehende Zellen betreffen. Die von Unna als „centrale Canalisation“ bezeichnete Dilatation der Lymphräume in der Umgebung der Gefässe bezieht Autor auf die Thrombusbildung in den Blutgefässen mit consecutiver Steigerung der Druckverhältnisse in den Lymphgefässen und collateralen Capillaren. Die centrale Atrophie des Lupus Erythematosus erklärt sich durch die Ausdehnung der Thrombosirung lateral- und aufwärts und die so resultirende Abschliessung der Blutzufuhr. Die aus septischer Entstehung angenommene Thrombose enthält keine Mikroben, sondern Leukocyten, deren Degeneration wahrscheinlich durch die chemische Wirkung der Toxine





bedingt ist. Das Verhältniss des Lupus erythematosus zum Lupus vulg. ähnelt dem der Tuberculosis mit von dem ursprünglichen Sitze entfernt gelegenen Läsionen. Die Thatsache, dass Lupus Erythematosus oft nach Erfrierungen, nach Rosacea, ferner am Gesichte und bei älteren Leuten auftritt, lässt bereits einen gewissen Grad von Gefässwandalteration und Blutstromverlangsamung voraussetzen, welche zur Thrombusbildung prädisponiren. Das Auftreten isolirter Läsionen beruht auf Emboli von Seiten der primären Thrombosen in Nachbargefässe. Der Autor sieht in den Thrombosen das Vermittelungsglied zwischen der Blutdyscrasie und den äusseren Läsionen. Lustgarten (New-York).

Wright, A. E. Notes of two cases of urticaria treated by the administrating of calcium chloride. The Brit. Journ. of Derm. 1898, p. 82.

Theoretische Betrachtungen haben Wright veranlasst, in zwei Fällen Calciumchloride bei Urticaria zu verordnen. Verf. geht nämlich von der Voraussetzung aus, dass Menschen mit verringerter Blutcoagulationsfähigkeit nicht nur zu wirklichen Hämorrhagien, sondern auch zu serösen Hämorrhagien id est Urticaria neigen. Verf. selbst ist ein Beispiel dafür, indem er von Jugend auf nach dem Genuss saurer Früchte, die die Blutcoagulationsfähigkeit verringern, an Urticaria erkrankte. Er berichtet sodann über 2 mit Calciumchlorid behandelte Urticariakranke, bei welchen die Coagulationszeit des Blutes genau festgestellt wurde. In dem zweiten der Fälle handelt es sich um einen Urticariaausbruch im Anschluss an eine Diphtherieheilseruminjection wegen Rachendiphtherie. Mit Bezug auf den Zusammenhang von Antitoxinurticaria mit verringerter Blutcoagulabilität legt sich Verf. folgende Fragen vor:

1. Ist die Urticaria, die sich in einem gewissen Procentsatz der Fälle nach Antitoxinverabreichung bildet, immer mit einer verringerten Blutcoagulabilität vergesellschaftet?

2. Leiden alle Patienten, bei welchen eine Verringerung der Blutcoagulabilität nach Antitoxininjection eintritt, an Urticaria oder kommt noch irgend welcher andere Factor dabei in Betracht?

3. Ruft Antitoxin in allen Fällen eine Verringerung der Blutcoagulabilität hervor?

Die ersten Fragen vermag Verf. nicht zu beantworten; die dritte verneint er auf Grund einer einschlägigen Erfahrung.

Ledermann (Breslau).

Neisser, A. (Breslau.) Lippeneczeme und Mundwässer. Therapeut. Monatshefte Febr. 1898.

Im Anschlusse an vier Fälle von Lippeneczem, als deren Ursache die Benützung von Mundwässern und Zahnpulvern constatirt wurde, macht V. darauf aufmerksam, dass bei Lippeneczemen alle Zahnwässer und Zahnpulver, welche ätherische Oele, speciell Ol. menth. pip. und Ol. caryophyllor. (z. B. „Odol") enthalten, als eventuelle Entstehungsursache von perioralen Dermatitiden in Betracht zu ziehen sind.

Loetsch. (Frankfurt a. M.)



Edlefsen. (Hamburg.) Zur Behandlung der chronischen Finger- und Handeczeme. Therapeut. Monatshefte, Febr. 1898.

V. sah selbst in sehr hartnäckigen Fällen ausgezeichnete Erfolge von täglich ein- bis zweimal oder nur Abends vorgenommenen Pinselungen der erkrankten Partien mit Jodglycerin (Jodi puri 0·1, Kalii jodat. 0·25, Glycerin 12·5) und darauffolgender Bedeckung der Hände mit Handschuhen oder reiner Leinwand, und empfiehlt diese Therapie auf Grund seiner fünfundzwanzigjährigen Erfahrungen mit diesem Mittel.

Loetsch, Frankfurt a. M.

Savill, T. D. An epidemic peri-oral Eczema. The Brit. Journ. of Derm. 1895, p. 27.

Savill berichtet über eine epidemisch verbreitete Hautkrankheit, welche wie eine oberflächliche Dermatitis auftrat, auf Gesicht und Hals beschränkt blieb und ausschliesslich Kinder unter 14 Jahren befiel. Die Plaques heilten durchschnittlich in 3 bis 5 Wochen ab, doch blieben manche Kinder auch bis zu drei Monaten afficirt. Herpes tonsurans, mit dem einige Aehnlichkeit bestand, konnte ausgeschlossen werden, da Pilze nicht gefunden wurden. Es wurde daher die Diagnose auf trockenes, squamöses Eczem mit contagiösem Charakter gestellt. Die Heilung erfolgte leicht unter Mercurial- und Theersalben. In der dem Vortrage Savill's folgenden Discussion wurde differential diagnostisch Impetigo contagiosa in Betracht gezogen. Ledermann (Breslau).

Panichi, R. Contributo alla casistica dell acne bromica. Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle. XXXII, 1897, V, pag. 575.

Panichi publicirt einen Fall von Bromacne, bei welchem es zur Bildung grosser wuchernder Plaques gekommen war. Dass es sich in der That um eine Bromacne handelte, zeigte der Verlauf der Erkrankung bei einer Person, welche dieses Medicament wegen wiederholter Krampfanfälle genommen hatte. Die histologische Untersuchung zeigte ampullenförmige Erweiterung an einigen Haarfollikeln und Schweissdrüsenausführungsgängen, welche von Hornmassen, Eiterkörperchen, Sebum und degenerirten Epithelzellen erfüllt waren; bemerkenswerthe Infiltration um die Follikel, starke Erweiterung der Blutgefässe in deren Nachbarschaft sowie um die Schweissdrüsenausführungsgänge; viele spindelförmige junge Bindegewebskörperchen, jedoch keine starke Erweiterung der Talgdrüsen. Im Harne Brom nachweisbar; im Eiter aus den Pusteln gleichfalls Spuren von Brom nachweisbar, was die Annahme rechtfertigt, dass das Brom durch die Drüsen ausgeschieden wird, und dass es dabei zu einer localen chemischen Reizung kommt. An der Hand der Literatur werden die beiden Theorien über die Entstehung der Bromacne — reiner Nervenreiz oder localer chemischer Reiz — besprochen. Bei einem zweiten Falle gelang es gleichfalls im Pusteleiter Brom nachzuweisen, aber dieser Nachweis gelang nicht für den Harn. Aus der ganzen Untersuchung geht hervor, dass die Acne vegetans en plaques e bromo nicht nur von den Talgdrüsen, sondern auch von den Schweissdrüsen ihren Ursprung

nimmt und dass man einen grossen Theil der Veränderungen der directen Wirkung des Bromes an Ort und Stelle bei seiner Elimination durch die Haut zuschreiben müsse. Theodor Spietschka (Prag).

Arning Ed. Vanilleausschlag. (Dtsch. med Woch. 1897. 27. S. 435).

Bei dem Personal, welches mit der Sortirung und Packung der Vanille beschäftigt ist, constatirte Arning ein Eczem an den Händen und im Gesichte. Die Angestellten erkranken in den ersten 3 bis 4 Wochen. Das Eczem heilt nach 1 bis 2 Wochen ab und die Personen bleiben meist fortan immun gegen diesen Einfluss der Vanille. Wie Lewin und Sommerfeld (Ibid. 29. S. 472) bemerken, ist dieses Exanthem schon lange, u. a. von Layet im Jahre 1883 beschrieben.

Max Joseph (Berlin).

Arctander (Dänemark). Affection cutanée causée par la primula obconica. Annales de dermatolog. et de syphilis. III. S. Bd. VIII. Nr. 11. Novembar 1897. p. 1100.

Arctander hat eine urticarielle Affection, auf Hände und Gesicht beschränkt, beobachtet, die zweifellos von den getrockneten und frischen Blättern des primula obconica hervorgerufen wird. Manchmal kam es zu Oedem des Gesichts, der Lider, zu Blasenbildung. Durch eine Frau auf die eczemerregende Eigenschaft in einem Falle aufmerksam gemacht, konnte er in allen Fällen diese Ursache nachweisen; in einem besonders heftigen trat nach Entfernung der Pflanze sofort Heilung ein. Es gehört offenbar eine besondere Disposition von Seiten des Patienten dazu, durch diese Primulacee Urticaria zu bekommen, denn A. selbst konnte die Pflanze berühren, ohne irgendwelche Folgen. A. gibt die Literatur über die schon publicirten gleichen Fälle. Düring (Constantinopel).

Floersheim. La gangrène phéniquée. Journal des Praticiens Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 436.

Floersheim warnt auf das Eindringlichste vor der Anwendung von Carbolumschlägen und Verbänden, da dieselben häufig Gangrän verursachen und erzählt die Krankengeschichte eines Patienten, dem nach einem wegen einer leichten Quetschung angelegten Carbolglycerinverband am folgenden Tage zwei Phalangen des betreffenden Fingers gangränös geworden waren und amputirt werden muss.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Caillaud, Médéric. Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. Juornal des mal. cut. et syph. 1897, p. 430.

Die disseminirten infectiösen Gangräne bei Kindern, die meist während oder nach Infectionskrankheiten, Tuberculose oder Malaria auftreten, können unter grossen Verschiedenheiten in Erscheinung treten, das eine Mal gleich als ulceröse Affection der Haut mit consecutiver Gangrän, das andere Mal als einfache nicht ulceröse Dermatose, die sich dann erst in Gangrän umwandelt. Zu erster Gattung gehören die Gangräne nach Impfung, Varicellen, Ecthyma, Impetigo, Eczem, Pemphigus,



Herpes und Scabies. Die zweite Art ist seltener, doch ist Gangrän in Anschluss an lichen ruber planus, Urticaria, Erythema nodosum, Purpura haemorrhagica beobachtet worden. Die bacteriologische Untersuchung der gangränösen Stellen hat bisher nur Staphylococcus aureus ergeben, eine nicht genügende Erklärung für die begleitenden Erscheinungen des Fiebers, des Erbrechens, der Diarrhoe, der Albuminurie und des bisweilen eintretenden Exitus letalis. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Audry Ch. (Toulouse). Gangrère disséminée de lapeau d'origine iodopotassique. Annales de dermatologie et de syphiligraphie, III. S., Bd. VIII., Nr. 11. November 1897, p. 1095.

Patientin 47 Jahre alt, nervös, nimmt gegen die Nervösität Kalijodat (1896); eine bullöse Dermatitis ist die Folge. Trotz Abmahnung nimmt sie im Februar 1897 wieder K.-J. Im Juli stellt sie sich mit colossalen gangränösen Ulcerationen in der linken Achselhöhle, unterhalb der Mamma vor; hier kann man die Entwickelung der Ulcerationen aus varioliformen Pusteln, die sich allmälig mit einem swarzen Schorf bedecken beobachten; die Schorfe fallen ab, mehrere Pusteln confluiren zu einer grossen Ulceration. Gleiche Ulcerationen beobachtet man am Ellbogengelenk. Die grössten Ulcerationen befinden sich in der Gegend des Dammes und Oberschenkels und in der Lendengegend. (Die Photographie dieser letzteren Ulceration ähnelt absolut ulcerirten Gummen, durch die scharfe Rundung, Nierenformen etc. Ref.). Die anatomische Untersuchung ergab heftige proliferirende Entzündungen im Unterhautbindegewebe, wahrscheinlich von Gefässläsionen ausgehend; bestimmt keine Localisation um die Follikel oder Drüsen. Audry meint, man solle bei zukünftigen Fällen von spontaner Gangrän der Haut, besonders bei hysterischen, sein Augenmerk auf etwaige Jodmedication richten.

Düring (Constantinopel).

Buard et Liaras. Stomatite ulcéro-membraneuse. Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. Séance du 29 mars 1897. Referirt im Journal des mal. cut. et syph. 1897, p. 297.

Die 21jährige Patientin litt bei ihrer Aufnahme ins Spital an einer schweren, pseudomembranösen Angina, in derem Belage Streptococcen, Staphylococcen und Bacterium coli commune gefunden wurden. Nachdem diese Angina im Rückgang war, erkrankte sie unter wieder auftretendem heftigen Fieber an einer ulceromembranösen Stomatitis, in deren Belägen mehrfach mikroskopisch und auch culturell Streptococcen nachgewiesen werden. Vortragende stehen nicht an, beide Affectionen in Zusammenhang zu bringen. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Guiot. Herpès de la cornée. Année méd. de laen. 15 Mai 1897. Ref. im Journal des maladies cutanées et syphilitique 1897. p. 460.

Die an parenchymatöser Keratitis erkrankte Patientin Guiot's bekam im Verlaufe derselben 3 Mal hintereinander in Zwischenräumen von 2 Tagen auftretende, 36 Stunden dauernde Attaquen von Lichtscheu, Entzündung, Thränen, bis er bei genauer Untersuchung auf der Cornea



ein Herpesbläschen constatirte, nach dessen Aufstechen, verbunden mit Compressivverband, die Symptome verschwanden und nicht zurückkehrten.

Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Pussey Wm. A. (Chicago). Ein Fall von Dermatitis herpetiformis nach Vaccination. Journal of cutaneous and Genito-Urinary diseases. April 1897.

Pussey liefert einen interessanten Beitrag zur Statistik dieser Erkrankungsform mit seinem sehr genau beschriebenen Falle, welcher im Gefolge einer Vaccination bei einem 13jährigen Mädchen zur Entwicklung kam und 4½ Jahre hindurch wissenschaftlich genau verfolgt wurde. Am 19. Sept. 1891 wurde das sonst gesunde Mädchen mit 3 jüngeren Geschwistern geimpft und am 30. Oct. desselben Jahres kam eine am Nacken beginnende und von da aus allmälig über die ganze Körperoberfläche sich ausbreitende Eruption zum Ausbruch, welche aus theils isolirten, theils confluirenden Blasen und Bläschen, von verschiedener Grösse und bald klarem, bald getrübtem Inhalte bestand. Die in verschiedenen Entwicklungsstadien befindlichen Läsionen gingen einer raschen Involution entgegen und schon nach 5 Wochen des Bestandes erschien der Körper frei. Doch schon nach einigen Tagen trat ein leichter Rückfall auf mit einigermassen grösseren Blasenbildungen auf einer dem Masern-Ausschlage ähnlichen Basis, um ebenso rasch zu verschwinden. Hierauf folgten mit zeitweisen Remissionen wieder und wieder derartige Rückfälle, von vesiculo-bullösen Typus mit Jucken einhergehend, ohne dass der allgemeine Zustand wesentlich gelitten hätte. Charakteristisch war das plötztliche Auftreten der Einzellässionen; deren Tendenz zur Gruppirung und symmetrischer Anordnung; die polymorphe und entzündliche Natur der Eruption; die derselben vorangehende ausgesprochene Reizbarkeit und Nervosität; die deutlichen subjectiven Empfindungen von Brennen und Jucken im Stadium des Ausbruches, auf welche hin die Diagnose auf Dermatitis herpetiformis gestellt wurde. Auf grosse Dosis von Arsenik, Schwefelbäder, tonisirender Allgemeinbehandlung besserte sich der Zustand theilweise; jedoch dauerten die Intervalle des Freiseins bloss einige Monate.

Lustgarten (New-York).

Fordyce J. Bericht über eine schwere Dermatitis herpetiformis mit grosser Aehnlichkeit mit Impetigo herpetiformis. Journal of cutaneous and genito urinary diseases. Nov. 1897.

Indem Fordyce darauf hinweist, dass Duhring das Verdienst gebührt, eine Gruppe von Hautkrankheiten, gekennzeichnet durch multiforme, herpetische, intensiv juckende Läsionen mit Tendenz zu Rückfällen, kritisch beschrieben zu haben als Dermatitis herpetiformis, betont er, dass sowohl die Intensität, wie die Form der Eruption von individuellen Umständen abhängig ist und sie demnach ein verschiedentliches Bild darstellt; ferner bemerkt Autor, dass manche Merkmale dieser Erkrankung eine Aehnlichkeit mit der von Hebra als Impetigo herpetiformis bezeichneten schweren Hautkrankheit haben. Ueber einen



derartigen Fall berichtet Autor, wie folgt: Der 66jährige Franzose, dessen Anamnese nichts von Bedeutung ergibt, soll vor 40 Jahren nach einem Bruche des linken Schienbeines eine vesico-pustulöse Eruption bekommen haben, welche mit Hinterlassung von Pigmentationen rasch verheilte und innerhalb der 40 Jahre häufig an dieser Stelle wiederkehrte. Im Dec. 1896 trat mit heftigem Jucken vom rechten Beine ausgehend und in irregulären Gruppen, über den Körper zerstreut eine Eruption von verschieden grossen, vesico-pustulösen Plaques auf, welche in Folge des Juckens den Schlaf für längere Zeit unmöglich machte. Nach 10tägiger 10% Ichthyolsalben-Application verschwanden einzelne Gruppen; doch in den Leistenbeugen bestand noch immer eine durch Confluenz von Plaques entstandene mit Krusten bedeckte secernirende Fläche. Auch an den Extremitäten änderte sich das Bild wenig. Am 2. Jan. erkrankte Pat. plötzlich mit Fieber (101·5—102·5), Schwellung der Füsse, neuem Ausbruch von Blasen, welche sich rasch trübten; Albumin im Urin und starke Prostration. Nach Besserung des Zustandes verliess Pat. am 23. Jan. das Hospital, um am 18. Febr. zurückzukehren, mit noch bestehenden, in den Achselhöhlen jetzt papillomatös aussehenden Läsionen und dunklbraunen Pigmentationen an Stelle der verheilten Plaques. Zwei Tage nach Eintritt kam es zu einem frischen Ausbruche, welcher durch Ichthyol in Oel günstig beeinflusst wurde. Im März verliess Pat. das Hospital etwas gebessert. Auf Empfehlung eines Freundes soll er dann Decoct. Jaborandi mehrmals genommen haben und 3 Monate hindurch symptomfrei geblieben sein. Im Oct. hatte Pat. abermals einen Anfall, nachdem er 2 warme Bäder genommen hatte und zeigte diffuse und begrenzte Läsionen am ganzen Körper, stellenweise papilläre Wucherungen, das rechte Bein elephantiasisartig geschwollen. Der Urin enthält noch etwas Albumin. Der mikroskopische Befund frischer Läsionen ergab eine entzündliche Veränderung des Papillarkörpers und Coriums, kleine Bläschenbildungen innerhalb der Stachelschicht, polynucleäre und mononucleäre Leucocyten und eosinophile Zellen in den Bläschen. Das Ergebniss contrastirt mit Unna's Befunden, der Mangel von Leucocyten angibt. Gefässbetheiligung war bloss mässig in Autor's Falle nachweisbar. Die von Herxheimer angegebene eigenthümliche Degeneration des Zellprotoplasmas, welche bei papillären Wucherungen sich vorfinden sollte, konnte Autor nicht bestätigen. Trotzdem Kaposi eine sog. Dermatitis herpetiformis nicht acceptirt, sondern sie zu dem Pemphigus pruriginosus zählt, andererseits eine Impetigo Herpetiformis distinct annimmt, will Autor mit seinem Falle Duhring's Ansichten bekräftigen, dass auch Impetigo herpetiformis unter Pemphigus herpetiformis einzureihen wäre. Die Localisation, Bläschenbildung, periphere Ausbreitung, allgemeine Gesundheitsstörung dieses Falles, entsprechen dem Bilde der Impetigo herpetiformis welche auch bei Männern beobachtet wurde und zu Rückfällen disponirt, sich von der Dermatitis herpetiformis aber durch Mangel des Juckens, Schleimhautläsionen und multiformität der Primaerefflorescenzen unterscheidet. Der Autor schliesst sich Besnier

an, der die Impetigo herpetiformis als keine einheitliche Erkrankung betrachtet. Der reine Pemphigus schliesst die Multiformität der Läsionen aus. Man muss demnach zugeben, dass mannigfache Uebergänge zwischen diesen in vielen Beziehungen verwandten Erkrankungen unterlaufen und dass dieselben sich nicht scharf differenziren lassen.

Lustgarten (New-York).

Hartzell, M. B. Impetigo herpetiformis. Journal of cutaneous and Genito-Urinary Diseases. Nov. 1897.

Der Fall betrifft eine 84jährige Greisin, bei welcher seit 2 Monaten eine pustulöse Eruption besteht, mit Neigung zur Gruppierung zu krustenbedeckten Plaques, umgeben von miliaren Pusteln und in successiven Anfällen auftretend, zeitweise mit Schüttelfrost, Fieber und Diarrhoe verbunden, welche mit den hinzugesellten septischen Symptomen den Tod herbeiführten. Blos für zwei Tage bestand einmal eine Eruption von schrotähnlichen Läsionen an der Zunge, welche nach Umbildung in flache Geschwürchen ohne Beschwerde rasch verheilten. Hartzell glaubt, dass Kaposi den Rahmen dieser Erkrankung zu sehr einengt, wenn er nur die von Anfang bis zu Ende pustulösen Eruptionen dahin rechnet, solche mit intercurrenten bullösen Läsionen dagegen ausschliesst. Von den in der Literatur bisher veröffentlichten Fällen sind 18 Frauen und 3 Männer, mit einer Mortalität von 57%. Die septischen Symptome während des Verlaufes hält Autor fur eine Absorption septischen Materials secundär von der Haut aus.

Lustgarten (New-York).

Ohmann-Dumesnil, A. H. A Rapid Method of Curing Pemphigus. The St. Louis Medical and Surgical Journal. Bd. LXXIII, Nr. 6, 1897.

In zwei Fällen von Pemphigus gebrauchte Ohmann-Dumesnil Einreibungen einer aus Pulv. Campho-phenique bestehenden Salbe (R. Pulv. Campho-phenique 30·0 Ung. Aquae Rosae 480·0) nachdem die Blasen eröffnet wurden und glaubt die Fälle in wenigen Tagen geheilt zu haben. Innerlich wurde Arsen, theils in Form von asiatischen Pillen, theils als Solutio Fowleri gegeben. Dieselbe Behandlung empfiehlt er bei Herpes zoster, Herpes simplex und Impetigo contagiosa.

Louis Heitzmann (New-York).

Neumann, J. Beitrag zur Kenntnis des Pemphigus vegetans. (Wiener klinische Wochenschrift 1897, Nr. 8.)

Von den der Literatur insgesammt einverleibten 41 Fällen dieser Affection hat Neumann selbst 11 beobachtet. In den letzten Jahren mehrten sich die Fälle mit protrahirterem Verlaufe und lassen die im Allgemeinen so traurige Prognose etwas günstiger stellen. Wesentliche neue klinische und ätiologische Gesichtspunkte kann V. auch seinen zwei hier mitgetheilten Beobachtungen nicht abgewinnen; die angenommene bakterielle Natur des Leidens scheint ihm durchaus fragwürdig; die besten Heilerfolge sind der chirurgischen Behandlung zuzutrauen.

Neumann bemängelt die Nomenclatur der Affection durch Müller und Unna als Erythema bullosum vegetans und will dem Pemphigus vegetans, der beim Erwachsenen gleichsam die Rolle des Pemphigus acutus neonatorum zu spielen scheine, gegenüber den andern Pemphigusarten eine Sonderstellung gewahrt wissen.

Ernst Liebitzky (Prag).

Biddle, P. A. (Detroit). Pemphigus Foliaceus oder Dermatitis herpetiformis (Duhring). Journal of cutaneous und Genito-Urinary Diseases. May 1897.

Als Beitrag zur Identität der erwähnten zwei Erkrankungen liefert Biddle die Krankengeschichte eines 21jährigen Mannes, der im April 1896 unter fieberhaften Erscheinungen erkrankte und bald verschieden grosse Blasenbildungen im Munde und an den unteren Extremitäten aufwies. Die prall gefüllten Blasen, klaren Inhaltes sassen auf gerötheter Haut und erzeugten heftiges Jucken. Der Autor diagnosticirte Pemphigus vulgaris. In den nächsten 2—3 Monaten breitete sich der Process über den ganzen Körper aus; die Blasen wurden schlaff, der Inhalt trübte sich; stellenweise entstanden durch Ruptur der Blasendecken denudirte, secernirende Stellen; das Jucken ward unerträglich; der deprimirte Gemüthszustand war auffallend. Liegen, Sitzen, Stehen, geradezu jede Körperbewegung war in Folge der dicht über den ganzen Körper zerstreuten Läsionen schmerzhaft. Die Blasen im Munde erschwerten die Verdauung, das Sprechen; die Blasen im Rectum die Stuhlentleerung. Der Körper zeigt Flecke, Knötchen, Pusteln, Blasen, Excoriationen, Krusten durcheinander, welche einen unangenehmen Geruch verbreiten. In letzterer Zeit ist kein starker Nachschub mehr erfolgt; der Pat. ist jedoch nicht frei von frischen Blasen. Der Allgemeinzustand besserte sich auch. Als Diagnose Dermatitis herpetiformis war jetzt angenommen worden.

A. B. Berk (New-York).

Pernet George und **Bulloch** William. Acute Pemphigus a contribution to the aetiology of the acute bullous eruptions. The Brit. Journ. of Derm. May und June 1896.

Auf Grund der klinischen Beobachtung von 16 einschlägigen Fällen und mit Berücksichtigung sorgfältiger bakteriologischer und histologischer Untersuchungen kommen Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Es gibt eine Gruppe von seltenen Fällen einer acuten bullösen Eruption, die von schweren constitutionellen Symptomen begleitet ist, gewöhnlich letal endigt und mit Vorliebe Fleischer befällt.

2. Diese Krankheit schliesst sich an eine Wunde der Hände oder Finger an und

3. wird wahrscheinlich durch einen Mikroorganismus erzeugt.

4. Dieselben ätiologischen Factoren spielen wahrscheinlich eine Rolle in einer Gruppe sehr ähnlicher Fälle, in welchen die Patienten mit Thieren oder todten Theilen von Thieren in Berührung gekommen sind.

Ledermann (Berlin).



Holt, L. Emmett. A Case of Pemphigus Neonatorum associated with a General Infection by the Staphylococcus Pyogenes. New-York Med. Journal LXVII, 6, pag. 175, Febr. 5. 1898.

Holt berichtet über einen an einem 9 Tage alten, in hohem Grade vernachlässigten Kind beobachteten, ziemlich über den ganzen Körper verbreiteten Blasenausschlag; im Inhalt der Blasen, sowie nach dem Tode in verschiedenen Körperorganen liess sich der Staphylococcus pyogenes aureus und verschiedene andere Coccen mit Leichtigkeit nachweisen. Syphilis konnte ausgeschlossen werden. Sowohl von dem Verfasser wie von Andern, wird in der Debatte über den Fall mit Recht betont, dass der Name Pemphigus für derartige Fälle nicht angewendet werden solle, und dass es sich einfach um ein Symptom der Haut von septischer Infection handle. H. G. Klotz (New-York).

Billard. Sur un cas de psoriasis primitif et isolé des ongles. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, pag. 276.

Demonstration eines 14jährigen Knaben, dessen Nägel das typische Bild der Psoriasis darbieten, während das Gesicht und der übrige Körper völlig frei sind. Paul Neisser (Beuthen O. S.).

Breda, Achille. Caustici e Massagio nella cura della Psoriasi. Giornale ital. delle malatt. vener. e della pelle. Ao. XXXII 1897 III, pag. 366.

Breda hatte Gelegenheit bei zwei an Psoriasis erkrankten Männern, von denen der eine seine Erkrankungsherde mit rauchender Salpetersäure, der andere mit alkoholischer Sublimatlösung 1:5 geätzt hatte, einen guten Erfolg dieser Aetzungen zu sehen, indem unter Bildung einer zarten Narbe an diesen Stellen die Psoriasis abheilte, und fast keine Neueruption an denselben auftrat. Er stellte daher selbst an 2 Patienten Versuche mit Aetzmitteln an und zwar mit dem Argentumnitricumstifte, mit concentrirter Essigsäure, Sublimatlösung 1:5 in Alkohol und Acidum nitricum, welche Resultate ergaben, die zu weiteren Versuchen in dieser Richtung aufmuntern. Bei einer 43jährigen Patientin, die an einer schweren Psoriasis litt, gegen welche die verschiedensten Mittel fast vergeblich angewendet worden waren, brachte eine energische Behandlung mittels Massage vollständige und lange andauernde Heilung.

Theodor Spietschka (Prag).

Fordyce, J. A. Hypertrophic Lichen planus. Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases. February 1897.

Dr. Fordyce berichtet über die interessanten Hautsymptome eines 54jährigen deutschen Maschinisten, der öfters Urticariaanfälle hatte und vor 2½ Jahren an Gelenksrheumatismus erkrankte, wofür er äusserlich Linimente und innerlich Jodkali erhielt. Nach Application der flüssigen Linimente trat an der Streckseite des rechten Unterschenkels eine juckende, deutlich papulöse, trockene Eruption auf, welcher allmälig auf der Poplitealregion beider Seiten, am Penis, Scrotum und Sacrum ähnliche Nachschübe folgten. Die oberen Extremitäten und der Stamm blieben frei. Die Eruption besteht über dem rechten Schienbeine

aus einer Gruppe dicht aneinander gereihter, flacher, warziger Knötchen von braunrother Farbe und unregelmässiger Begrenzung. Die Einzelläsion entspricht dem Lichen planus-Knötchen, wofür die flache, glänzende Kuppe, eckige Form, centrale Delle und mässige Infiltration sprechen. Die Läsionen sind von verschiedener Grösse, von der eines Stecknadelkopfes bis zu jenen, durch Confluenz entstandenen, warzigen Elevationen am Schienbeine. Innerhalb und in der Umgebung der Knötchen sind einzelne und confluirende sepiabraune Pigmentflecke sichtbar, welche gewisse Involutionsformen darstellen. Ein typisches Bild präsentirt die Poplitealgruppe derselben Seite, aus ähnlichen individuellen Läsionen bestehend, wobei die etwas weicheren warzigen Bildungen von bläulich-violetter Farbe und grösserer Entwickelung sind. Das Integument des Penis und Mons Veneris ist fast vollständig von diesen sich hier härter anfühlenden, trockenen, fast rosafarbigen papillomatösen Wucherungen umgeben. Die freien Zwischenstellen erscheinen tief pigmentirt; stellenweise Leucodermaflecke enthaltend. Die Raphe scroti präsentirt ein perlschnurartiges Band gleicher warziger Bildungen. — Innerhalb sechsmonatlicher Beobachtung änderte sich das Krankheitsbild wenig, obschon Arsen innerlich in steigenden Dosen, wie auch Ichthyol und Unna's Salbe äusserlich angewandt wurden. Vor kurzer Zeit erschien Patient mit einer schmerzhaften Schwellung des linken Unterschenkels, welche zur Abscedirung führte. Auch die infiltrirte Partie der rechten Seite zeigte leichte Schwellung und Pustelbildung mit Abrasionen an Stelle der früheren Läsionen. Die Involution derselben, auch an den anderen Körperstellen, ging rasch vor sich, mit Ausnahme der Poplitealgruppe. Der mikroskopische Befund der in 5% Formalinlösung aufbewahrten, in Alkohol gehärteten Knötchen, ergab in mit Hämatoxylineosin gefärbten Schnitten eine hypertrophische Epidermis, deren Hornschichte tiefe, unter dem Niveau der umgebenden Haut reichende Schichtungen zeigt. Die Körnerschichte ist dreifach verdickt. Die Eleidinkörnchen erscheinen intensiv gefärbt. Auch die Stachelschichte nahm Antheil an der Hypertrophie, in der Form interpapillärer Ausläufer in die Tiefe des Corium reichend; stellenweise isolirte Epithelialzapfen von Leukocyten infiltrirt aufweisend. An einzelnen Stellen sind colloide Degenerationsproducte des epithelialen Protoplasmas sichtbar. Das Corium zeigt entzündlichen Charakter, namentlich in der Umgebung der Papillen. Tiefer ist hauptsächlich das Bindegewebe hypertrophirt und die Zellinfiltration um die Gefässe herum gelagert. Bei starker Vergrösserung erscheinen manche Capillaren in Folge der regen Zellproliferation obliterirt. Vielleicht fand durch derartigen Vorgang die Involution der Läsionen spontan statt. Drüsen und Haarfollikel waren in den Schnitten nicht enthaltend.

Der Charakter des Processes ist demnach ein chronisch entzündlicher, deren epidermale Hypertrophie von dem bei Lichen planus nur durch den Grad der Entwickelung sich unterscheidet. Der mikroskopische Befund scheint diese Annahme zu unterstützen. Die papillomatösen Wucherungen fasst der Verfasser nicht als Secundärveränderungen des

chronisch-entzündlichen Processes, wie dies bei Elephantiasis, chronischem Eczem, Syphilis, Tuberculosis etc. der Beine zuweilen statthat, indem schon die kleinsten Knötchen diese Warzenbildung aufweisen; vielmehr glaubt Verf. eine sonderbare, zu derartigen Bildungen geneigte Gewebsdisposition oder die hiezu stimulirende Wirkung eines specifischen Organismus annehmen zu dürfen.

Die Diagnose war nicht so sehr auf die Natur der individuellen Läsion, sondern auf das Gesammtbild, die Symmetrie, intensives Jucken, histologischen Befund gestützt. Dieser Fall reiht sich an die von Kaposi und Corlett beschriebene seltene Form des Lichen ruber moniliformis an.

Lustgarten (New-York).

Barrs, Alfred G. A cas of uraemic bullous dermatitis. The Brit. Journ. of Derm. 1896. S. 9.

Bei der 19jährigen Patientin, über welche Barrs berichtet, entwickelte sich im Verlaufe einer schweren Allgemeinerkrankung urämischen Ursprungs eine allgemeine Hautentzündung von vesiculo-bullösen Charakter; der sehr spärliche, stark eiweisshältige Urin enthielt Blut- und Cylinder. Die Anamnese ergab Rötheln und Wassersucht. Patient ging infolge der Urämie zu Grunde. Es handelte sich also um einen Fall von acuter Dermatitis, die sich an einen chronischen Morbus Brighti angeschlossen hatte.

Ledermann (Berlin).

Wiggin, Fred. Holme & **Fordyce**, J. A. Report of a Case of Malignant Papillary Dermatitis, with Expecial Reference to its Pathology. New-York, Med. Journal LXVI. 14 p. 445, Oct. 2. 1897.

Wiggin und Fordyce beschreiben unter obigem Namen einen Fall der meist unter dem Namen von „Paget's Erkrankung der Brustwarze" bekannten Krankheit. Klinisch bemerkenswerth ist das lange Bestehen (5 Jahre) vor dem Auftreten maligner Erscheinungen. Auf Grund eingehender mikroskopischer Untersuchung, erläutert durch Photomikrogramme, bezeichnet Fordyce die pathologischen Veränderungen als Entzündung der Papillarschicht des Derma, die zu Oedem und Vacuolenbildung in den Epidermiszellen, später zu völliger Zerstörung derselben an manchen Stellen, an andern zu abnormer Proliferation führt. Secundär treten ähnliche Veränderungen an dem Epithel der Milchgänge und dem Drüsenepithel auf. Schliesslich kommt es zur Erweiterung der Milchcanäle durch proliferirendes Epithelium und maligne Infection des umgebenden Bindegewebes durch dasselbe.

K. G. Klotz (New-York).

Parrott, James M. The Treatment of Chronic Ulcers by the Thiersch Method of Skin-Grafting. The Medical News. Band LXXI, Nr. 5, 1897.

Parrott hält die Thier'sche Methode der Hauttransplantation für die Beste bei chronischen Geschwüren, welche den einfachen Methoden nicht weichen wollten, und beschreibt fünf erfolgreiche behandelte Fälle.

Louis Heitzmann (New-York).



Ohmann-Dumesnil, A. H. Epidermolysis Bullosa Acquisita. The St. Louis Medical and Surgical Journal. Bd. LXXIII, Nr. 4, 1897.

Bei einem 36jährigen gesunden Manne erschienen nach drei verschiedenen Jodoformanwendungen jedesmal eine Anzahl Blasen. Die Haut zwischen den Blasen war etwas erythematös. Ohmann-Dumesnil möchte derartige Fälle nicht Dermatitis nennen, da die Entzündungserscheinungen einer wahren Dermatitis nicht vorhanden waren.

Louis Heitzmann (New-York).

Lier. Le mat de Pinto. Journal des maladies cutanées et syphilitiques 1897, p. 321.

Lier beschreibt in einem längeren Artikel eine aetiologisch noch absolut unerforschte, in Mexico, Brasilien und Venezuela endemische Hautkrankheit, den Pinto. Sie herrscht hauptsächlich in den Flussniederungen; hochliegende und von kalten Winden heimgesuchte Gegenden verschont sie; alle Racen und Lebensalter, mit Ausnahme der Neugeborenen, werden von ihr befallen. Man unterscheidet den blauen, rothen und weissen Pinto. Es bilden sich nämlich inmitten völliger Gesundheit, rothe oder blaue Flecke ohne Entzündung am ganzen Körper, die allmählig grösser werden und confluiren, so dass nach geraumer Zeit eventuell der ganze Körper von ihnen bedeckt ist; einzelne können auch exulceriren und verbreiten dann einen widerlichen Geruch. Später verliert sich die blaue und rothe Farbe und es bleiben weisse pigmentlose Stellen zurück. Gleichzeitig sind an demselben Patienten nie blaue und rothe Flecke zu constatiren; bei den Indiern und Creolen sind die blauen, bei den Europäern die rothen Flecke häufiger. Man kennt weder Aetiologie noch Therapie dieser Erkrankung, auch über Infection und Contagiosität ist nichts bekannt. Lier hält die Krankheit für eine durch das tropische Klima verursachte Pigmentanomalie, vermittelst derer sich der Organismus des Eingewanderten gegen das Tropenklima zu schützen suche. Er glaubt weder an Infectiosität, noch an ein Contagium, wohl aber an Heredität.

Paul Neisser (Beuthen O./S.)

Binz, C. Ueber Behandlung der Frostbeulen. Zeitschr. für prakt. Aerzte, VI, Nr. 19.

Binz empfiehlt gegen Frostbeulen eine 10% Calcar. chlorat. Unguent-Paraffin-Salbe. Die günstige Wirkung stellt er sich vor, durch Eindringen von freiem Chlor durch die Epidermie. Nur die Paraffin-Salbe darf als Constitnens angewandt werden, da der wirksame Component des Chlorkalkes und wohl auch anderer Oxidationskörper im Adeps suill. oder Lanolin zu rasch verschwindet.

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

White, J. C. Two unusual Cases of skin Disease. The Boston Medical and Surgical Journal. Band CXXXVII, Nr. 25, 1897.

In einer Sitzung des Massachusetts General-Hospital Staff stellte White drei Männer mit einer ungewöhnlichen Eruption vor. Vor zwei Wochen bemerkte der Eine einige Bläschen im Gesichte, welche zuerst stecknadelkopfgross waren. Nach einigen Tagen stellten sich eben solche Bläschen im Gesichte des zweiten Mannes ein, der mit dem Ersten schlief



und schliesslich wurde dessen Bruder ebenfalls befallen. Die Fälle sind denen von Impetigo bei Kindern ähnlich, doch klinisch verschieden. Aus dem Bläschen wird nie eine Pustel, sondern es bleibt ein Bläschen und verschwindet als solches. Obwohl die Blase vollkommen klar blieb, entwickelte sich auf einer Blutserumcultur anscheinend der Staphylococcus pyogenes aureus. Louis Heitzmann (New-York.)

Kaufman, Dr. F. J. (Syracuse). Ueber einen Fall von Impetigo simplex. Journal of cutaneous and genito urinary diseases. Juni 1897.

Bei einem vier Tage alten Kinde traten etwa ein Dutzend strohgelbe, feste, begrenzte, dichtrandige, halbkugelförmige, fingernagelgrosse, dunkelroth umgrenzte Pusteln, zerstreut am Stamme auf, welche keine Umbilication, keine Confluenz, keine Infiltration in der Nachbarschaft zeigten. Nach 7—8tägiger Dauer ward der Inhalt leicht blutig und trocknete dann zu einer braunen Kruste, die abfiel und blos einen kurzdauernden rothen Fleck zurückliess, ohne Spuren einer Narbenbildung. Mikroskopisch liessen sich im Inhalte der Pusteln agglutinirte Eiterkörperchen, Eitercoccen, spärliche Blutkörperchen und Epithelial-Schollen nachweisen. Die Affection bestand vier Wochen, ohne das Allgemeinbefinden des Kindes je zu stören. Impetigo contagiosa war in der unmittelbaren Nachbarschaft des Kindes nicht vorhanden. Heilung wurde durch Carbol-Zinksalbe erzielt.

Lustgarten (New-York).

Geschlechts-Krankheiten.

(Redigirt von Prof. **Neisser** und Dr. **Schäffer** in Breslau.)

Syphilis der Haut, Schleimhaut etc.

Vacher. Contribution à l'étude de la syphilis nasale. (La médecine moderne. 1898, Nr. 37.)

Vacher erinnert an der Hand von 3 Fällen mit schwerer Syphilis der Nase an die ungemein häufige Localisation der Syphilis in Nase und Nasenrachenraum. Sehr oft werde die Lues bei Affectionen dieser Organe nicht diagnosticirt, was zu den unangenehmsten Zerstörungen führe. Behandlung besteht neben einer intensiven Allgemeincur (Hydrargyrum, Jodkali) in nasalen resp. retronasalen Sublimatirrigationen.

Albert Fricke (Breslau).

Vallon et le Wahl. Gommes syphilitiques chez les paralytiques généraux. La France médical. Nr. 30, 1898.

Vallon et le Wahl beobachteten bei 2 Paralytikern gummöse Ulcerationen, die unter specifischer Therapie abheilten, während die nervösen Erscheinungen unverändert blieben.

Doch halten auch sie die Paralyse meist für syphilitischen Ursprungs.

Gustav Falk (Breslau).

Viannay, M. (Société des Sciences Médicales de Lyon. Séance du 2. Février 1898.) Gazette Hebdomadaire 1898, 10. Febr., Nr. 12.

M. Viannay demonstrirt einen tertiär-luetischen Schädel. Symptome im Leben: fast gänzliche Demenz und linksseitige Hemiparese ohne Contracturen. Die Section ergab: starke Verdickungen des Schädels bis zu $1\frac{1}{2}$ Cm.; Verwachsungen der Dura; Veränderungen der cerebralen Arterien und geringer Substanzverlust im unteren Drittel der r. aufsteigenden Parietalwindung entsprechend der linksseitigen Hemiparese.

Viktor Klingmüller (Breslau).



Vormann, Johannes. Luetische Erkrankungen der Vulva. Inaug.-Diss. Berlin 1896.

Vormann bespricht die chronischen Ulcerationen der Vulva mit Hyperplasie des Gewebes, welche von einigen Autoren als lupös mit elephantiastischen Wucherungen, von anderen als Hyperplasie aus unbestimmter Ursache, von nur wenigen als luetisch angesehen werden. Die von V. mitgetheilten Fälle sind sämmtliche aus luetischen Ursachen entsprungen.

Bei dem ersten Falle handelt es sich um eine 28jährige Frau, die seit Wochen an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leidet und zur Zeit der Beobachtung noch Auftreibungen an verschiedenen Knochen zeigt. Die Untersuchung der Genitalien ergab an Stelle der kleinen Labien je eine kleinkinderfaustgrosse, lappige, ödematöse, hahnenkammartige Geschwulst, welche Tumoren den Scheideneingang ganz verdecken. Nach Aufklappung derselben sieht man den Scheideneingang geschwürig zerfallen; die Geschwürsfläche reicht nicht weit in den Scheideneingang hinein.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich um eine puella publica, die schon öfters wegen Lues in Behandlung war. An der Vulva befindet sich elephantiastische Hyperplasie der Clitoris und des Labium minus dext., das linke Labium stellt einen mehr als hühnereigrossen Tumor dar, der sich weich ödematös anfühlt und an dem sich keine Ulcerationen befinden.

Bei dem dritten Falle besteht ausser anderen syphilitischen Erscheinungen Hyperplasie und chronisches Oedem des Praeputium clitoridis. Das Präputium hängt fast bis zur hinteren Commissur herunter und verdeckt somit den Scheideneingang.

Ueber das Zustandekommen dieser Krankheitsformen, glaubt V. dass das mit Primäraffecten, ulcerirenden Papeln oder spät-luetischen Processen in den Körper gelangte syphilitische Virus auf das Bindegewebe der Vulva und ihrer nächsten Umgebung, meistens das der nächsten Lymphdrüsen, einen irritativen Process ausübt. Es kommt so zu einer Hyperplasie des Bindegewebes mit nachfolgender Sclerosirung. Durch den Import von Entzündungsproducten von den ulcerirenden Flächen aus in die meistens schon durch die Sclerosirung in ihrer Function beeinträchtigten Lymphdrüsen kommt es zu einer partiellen oder totalen Ausschaltung der Drüsensubstanz. Als Folge bildet sich nun eine gewisse Lymphstauung aus, welche zu Erweiterungen der Lymphgefässe und zu Ergüssen lymphatischer Flüssigkeit in die Gewebe führt. Dadurch wird eine weitere Hyperplasie der Gewebe begünstigt, so dass eine Art von Circulosus vitiosus zu Stande kommt.

Gegenüber der Elephantiasis Vulvae Arabum schlägt V. vor, diese Erkrankung als Elephanthiasis vulvae luetica zu bezeichnen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).



Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Teissier, J. et **Roux,** J. Essai de Diagnostic differential entre la syphilis artérielle, la syphilis meningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale. Arch. de Neurolog. Jänner 1898.

Teissier und Roux betonen die Schwierigkeit der Differenzirung der Syphilis in den einzelnen Hirnabschnitten, sie versuchen es, unterscheidende Merkmale für die Syphilis der Hirnarterien, der Meningen und der Hirnsubstanz selbst zu geben. Bei Erkrankung der Gefässe stehen Ausfallsymptome im Vordergrunde, Reizphänome sind auf ein Minimum reducirt. Es kommt zu schlaffen Lähmungen, meist zu Monoplegien. Epileptische Anfälle sind sehr selten, Kopfschmerzen fehlen häufig, wenn vorhanden, sind sie diffus über eine Schädelhälfte ausgedehnt. Phaenomene von seiten der Pupille fehlen, Stauungspapille ist sehr selten. Intellectuelle Störungen entwickeln sich sehr allmählig und führen ohne Delirien, ohne Hallucinationen zur Demenz. Die Verf. unterscheiden eine obliterirende und eine ectasirende Arteritis. Bei beiden kommt es zu paralytischen Störungen, meist Monoplegien, zu aphatischen oder intellectuellen Störungen; die ectasirende Arteritis bedingt ausserdem häufig Lähmungen der Gehirnnerven, Lähmungen, die durch Druck der aneurysmatischen Erweiterung entstehen.

Vorschulze, Franz. Ueber syphilitische und tuberculöse Entzündungen der Dura mater des Rückenmarks. Inaug.-Diss. München 1897.

In dem von Vorschulze mitgetheilten Fall von circumscripter gummöser Pachymeningitis spinalis handelt es sich um eine 72jährige Frau, welche seit längerer Zeit an Schmerzen leidet, die in der Nabelhöhe um den ganzen Leib zogen; sie hatte das Gefühl, als ob sie zusammengeschraubt werde. Daneben noch heftige Schmerzen im Kreuz und in den unteren Extremitäten. Pelzigsein der Füsse und das Gefühl der Formication. Nach 14 Tagen Exitus. Die Section ergab auf der Höhe des untersten Brustmarks in einer Länge von 3·8 Cm. eine breite aufsitzende, schwielig fibröse Masse, welche im Centrum mehrfache, gelbliche käsige, zum Theil etwas erweichte Herde zeigte.

Das Fehlen von Tuberkelbacillen und sonstiger tuberculöser Affectionen an Knochen, Rückenmark oder Pia mater liessen die Diagnose auf tuberculöse Erkrankung ausschliessen.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Appel, Georg. Ueber specifische Gefässerkrankung des Auges mit specieller Berücksichtigung der Retinitis luetica. Inaug.-Diss. Würzburg 1894.



Appel hat Gelegenheit gehabt, die Augen einer 49jährigen secundär luetischen Person zu untersuchen. Zu Lebzeiten war eine starke Abnahme der Sehschärfe, sonstige Sehstörungen und Veränderungen im Innern der Augen constatirt worden. Auf antisyphilitische Cur waren die Erscheinungen besser geworden, als die Patientin an Carcinom zu Grunde ging. An den stärker kalibrirten sowie den kleineren Arterien konnte eine partielle und ringförmige Entzündung der Adventitia und Intima constatirt werden. An den Capillaren war gleich häufig eine ringförmige Wucherung zu constatiren, die in vielen Fällen zum Verschluss des Lumens geführt hatte. Weniger häufig war an ihnen ein partieller Entzündungsherd anzutreffen. Weiter konnte A. aus seinen Präparaten noch constatiren, dass die frische Erkrankung der Netzhaut eine selbstständige Erkrankung ist, die sich auf die Gehirnschicht beschränkt, also auf den von der Art. centralis retinae versorgten Theil, absolut unabhängig von Veränderungen der Aderhaut.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Brousse et Ardin - Delteil. Hémiparaplégie d'origine syphilitique, avec hémianesthésie croisée. (La médecine moderne, 1898, Nr. 35.)

Bei einem Syphilitiker trat schon 6 Monate nach dem Primäraffect eine luetische Rückenmarksaffection auf, plötzlich beginnend mit einer Hemiparaplegie, die anfangs vergesellschaftet war mit Hyperästhesie beider Beine, später mit einer gekreuzten Hemianaesthesie d. h. mit einer Anästhesie des gesunden Beines. Nach einer intensiven combinirten Cur (Hydrargyrum und Kal. jodat.) resultirten Erscheinungen, die denen der Brown-Séquard'schen Halbseitenläsion des Rückenmarkes ähnelten, nämlich leichte Parese mit spasmischer Rigidität des kranken Beines und begrenzte anästhetische Zonen des gesunden Beines.

Albert Fricke (Lübeck).

Christian. La france méd. Nr. 33, 1898. Syph. cérébrale grave; attaques epileptiformes; démence; déstruction du nez et du voile du palais; guérison rapide etc.

Christian berichtet über einen Fall von tertiärer Syphilis, die unter den oben angeführten Symptomen auftrat. Pat. war vor 18 Jahren inficirt, nie ordentlich behandelt worden.

Die Erscheinungen, mit Ausnahme der Dementia, gingen schnell unter hohen JK-Dosen zurück (6—12 Gr. pro die).

Der Autor verwerthet auch diesen Fall für seine Ansicht, dass die Lues um so seltener zur allgemeinen Paralyse führe, je hochgradiger die tertiären Erscheinungen wären, desto häufiger, wenn sie lange latent bleibt. Gustav Falk (Breslau).

Prommageot, M. Keratite neuroparalytique d'origine syphilitique. Thèse de la Faculté de Paris 1897—98. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1898, Nr. 61.)

Prommageot hält eine Läsion des Trigeminus in seinem intracraniellen Theil für die Ursache der Erkrankung, oft findet man bei der

Section eine gummöse Barsalmeningitis, Zeichen von Hirnsyphilis finden sich meistentheils. Die Nervenerkrankung allein scheint nicht auszureichen, ein Trauma, sei es auch noch so geringfügig, scheint zum Entstehen der Keratitis nothwendig zu sein.

Die Prognose ist sehr ernst, die Therapie wenig aussichtsreich.

Paul Witte (Breslau).

Gasne, Georges. Localisations spinales de la syphilis héréditaire. Gazette hebdom. de méd. et de chir. XLV. 1. pag. 1. 2./I. 1898.

Gasne schildert ausführlich unter Beibringung einer Reihe von Literaturangaben die anatomischen Verhältnisse sowie den Symptomcomplex der auf hereditärer Basis entstehenden spinalen Syphilisformen. Er selbst hat das Rückenmark von 30 Fällen untersucht und in 11 Fällen Veränderungen gefunden, welche mit den sonstigen bekannten Läsionsbefunden bei klinisch beobachteten Fällen übereinstimmen sollen.

Bruno Löwenheim (Liegnitz).

Goetz, Jakob. Casuistischer Beitrag zur Gehirnlues. Inaug.-Diss. Rostock 1896.

In dem Falle Goetz's handelt es sich um eine syphilitische basilare Meningitis, welche zu einer linksseitigen Abducenslähmung, zu einer Lähmung des gleichseitigen Hypoglossus, Facialis und Accessorius mit degenerativer Atrophie der zu diesen Nerven gehörigen Muskeln geführt hat. Auch der Acusticus ist afficirt. Nach zweiwöchentlichem Jodkaligebrauch ist Abnahme der Lähmungen zu bemerken.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Llános, Jose Antonio. Lues secundaria cerebri mit tödtlichem Ausgang. Inaug.-Diss. München 1896.

Ein 49jähriger, schlecht genährter Mann, mit einer 2—3 Monate alten secundären Syphilis mit zahlreichen Efflorescenzen auf der Haut und den Schleimhäuten, wird in der Posselt'schen Klinik mit Injectionen von Hg-Pepton und kräftigender Diät behandelt. Nach einigen Tagen apoplectischer Anfall, der trotz Inunctionscur und Jodkali nach einer Woche zum Exitus führt. Als wichtigster Befund wurde bei der Section ein Thrombus in der Art. fossa Sylvii und der Art. communicans ant. constatirt. Ausserdem im linken Theile der Stammganglien ein etwa $1\frac{1}{2}$ Cm. langer und 5 Mm. breiter Substanzverlust. Llános hält den Fall für einen schweren Fall von Syphilis — nicht für maligne Syphilis und hält auch die Hemiplegie für rein syphilitischen Ursprungs, da andere Ursachen (Arteriosklerose) bei dem zwar schlecht genährten, aber sonst kräftigen Individuum nicht nachzuweisen waren.

Ed. Oppenheimer (Strassburg i. E.).

Moncervo. De l'hérédo-syphilis dans l'étiologie du tabès spasmodique congénital. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie 1898, Nr. 77.

Bericht über drei hereditär syphilitische Kinder, welche die typischen Erscheinungen der angeborenen spastischen Paraplegia (Little-



schen Krankheit) darboten. In allen drei Fällen hatte der Vater die Lues vor der Verheiratung aquirirt. Zu bemerken ist, dass die Mutter in dem einen Falle an Hysterie, in dem anderen an Epilepsia litt. Sonstige Erkrankungen waren bei den Eltern wie Kindern nicht vorhanden. Walther Scholz (Breslau).

Viscerale Syphilis.

Barbe: Phlébite syphilitique. La France médicale. Nr. 32. Vendredi 12. Aout 1898.

Der Verfasser gibt eine Zusammenstellung der bisher in der Literatur verzeichneten Fälle von Phlebitis syphilitica, ohne über eigene Beobachtungen zu berichten. Plato (Breslau).

Dienlafoy: L'uleus gastrique syphilitique. Academie de Médecine. Seánce du 17 mai 1898. La Médecine moderne, 1898 Nr. 40.

Dienlafoy theilt kurz die Geschichte eines Kranken mit, der seit 1½ Jahren an Magengeschwür litt und von verschiedenen Seiten ohne den geringsten Erfolg behandelt worden war. Syphilitische Narben an den Extremitäten brachten ihn auf den Gedanken, dass vielleicht in der Lues der Urgrund der Erkrankung zu suchen sei; sofort eingeleitete antiluetische Behandlung hatte glänzenden Erfolg.

Er berichtet dann über die einschlägige Literatur und resumirt am Schluss seiner Mittheilung in folgenden acht Sätzen.

1. Magensyphilis ist nicht so selten, wie man annehmen könnte.

2. Die syphilitischen Magenläsionen zeigen die verschiedenartigsten Formen, von der einfachen hämorrhagischen Erosion bis zur gummösen Ulceration und ihren Narben.

3. Bei der weiteren Entwicklung der Geschwüre spielt wahrscheinlich auch die Wirkung des Magensaftes eine Rolle.

4. Die Symptome des syphilitischen Magenulcus können völlig denen eines einfachen Geschwüres gleichen.

5. Leidet ein Luetiker an Magenulcus, so darf man an die syphilitische Natur der Erkrankung denken.

6. In der Anamnese eines jeden Kranken mit Magenulcus soll man auf Syphilis fahnden.

7. Bei bestehender Syphilis soll sofort eine specifische Behandlung eingeleitet werden.

8. Die Kenntniss der Syphilis als Ursache für Magenulcus ist besonders wichtig, da sie die Kranken vor ernsten chirurgischen Eingriffen bewahren kann. Paul Witte (Breslau).

Dubuc: Un cas de syphilis de l'estomac. La France médicale 1898, Nr. 26.

Bezugnehmend auf die Mittheilung von Dienlafoy über luetische Magengeschwüre (Académie de Médecine, séance du 17. Mai 1898) be-



richtet Dubuc über einen Fall von Magensyphilis. D. hatte den Pat. vor 11 Jahren an Lues behandelt; dieser Umstand liess ihn, zumal es sich um einen 35jährigen Mann handelte, die Diagnose Carcinom, für welche die Härte des Tumors und die subjectiven Beschwerden des Erkrankten sprachen, verwerfen, er diagnosticirte Magenlues. Die Application von Quecksilberpflaster auf die Magengegend, und die innerliche Darreichung von Quecksilberpillen und Jodkali (4—5 Gr. pro die) bei Milchdiät stellten den Pat. völlig wieder her. Der Tumor ist verschwunden, Pat. geht seiner anstrengenden Thätigkeit ohne Beschwerden nach.

Paul Witte (Breslau).

Duplant: Rétrécissement bronchique syphilitique. (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. 1898 Nr. 18.)

Duplant berichtet über einen Kranken, der 3 Tage nach seiner Aufnahme unter schwerer Dyspnoé starb; Lungenuntersuchung intra vitam ergab Dämpfung der linken Lungenspitze und Emphysem der übrigen Lungenabschnitte, eine Pneumonie hatte der Kranke nie durchgemacht. Section ergab eine Strictur des linken Bronchus und eine interstitielle Pneumonie des betreffenden Lungenabschnittes, beides auf luetischer Basis.

Albert Fricke (Breslau).

Dr. Fordyce J. A.: Ueber Nephritis bei früherer Syphilis; Bericht eines tödtlich verlaufenden Falles. Journal of cutaneous and Genito-urinary Diseases. April 1897.

Fordyce erinnert der vorübergehenden Albuminurie bei manchen frühen Syphilisfällen und der amyloiden und interstitiellen Nephritis gewisser Spätformen dieser Erkrankung; erwähnt jedoch zum Unterschiede von denselben das Vorkommniss einer acuten parenchymatösen Nierenentzündung, ähnlich der scarlatinösen Nephritis, welche entweder in Heilung oder in eine, von der nicht syphilitischen schwer zu differenzirendiren interstitiellen Nephritis übergehen kann. Zur Illustration dient der Bericht seines Falles: Ein 33jähriger, robuster Mann acquirirte am rechten Ringfinger eine Induration, Dec. 1888, gefolgt von einem erythematösen Syphilid und Lymphdrüsen-Schwellungen. Nach kurzer internen Mercurial-Behandlung stellten sich im Apr. 1889 Oedem der unt. Extremitäten, des Gesichtes und deutliche Anaemie ein. Der Harn von 1030 Sp. G. enthielt $^1/_3$ Albumin und zahlreiche epitheliale und Blut-Harncylinder. Unter fortdauernder Quecksilber-Administration verschlimmerte sich der Zustand bis im September 1889 auf Ruhe im Bette, absoluter Milchdiät und Alkalien Besserung erfolgte und der Patient nach 6wöchentl. Spitalsbehandlung mit bloss leichtem Knöchelödem entlassen wurde. Im Dec. 1889 erlitt Pat. einen Rückfall im Gefolge einer accidentellen lobären Pneumonie und präsentirte uränische Symptome. Der Zustand besserte sich, obschon immer verschiedenartige Harncylinder bei vermindertem spec. Gewichte (1010) nachher nachweisbar waren. Auch zeigten die peripheren Gefässe gesteigerte Spannung und bestand Hypertrophie des Herzens. Die syphilitische Behandlung wurde

inzwischen eingestellt, indem keine weiteren Symptome zum Ausbruche kamen.

Pat. starb $3^1/_2$ Jahre nach der Infection unter dem Bilde eines urämischen Coma. — Der Obductionsbefund ergab ein allg. Oedem; kleine Nieren mit etwas adhärenten Kapseln, granulirter Oberfläche und derber Consistenz, die letztere auf die vorgeschrittene Bindegewebsneubildung in den Gefässwandungen, Glomerulis beruhend. — Diese liess sich auch mikroskopisch bestätigen, wobei die meisten Glomeruli obliterirt erschienen und durch dichtes Bindegewebe ersetzt waren; so auch die Wandungen der Capillaren allenthalben. Der Verfasser nimmt an, dass der Process in den Glomerulis begonnen hat, indem selbe das Blut von den circulirenden Bakterien und Toxinen zu befreien suchten. Das Epithel der meisten Tubuli erschien körnig, hyalin oder fettig degenerirt. Amyoloide-Degeneration war weder makro- noch mikroskopisch nachweisbar. Das Suchen nach Mikroorganismen fiel negativ aus. In Ermangelung einer anderen annehmbaren Aetiologie der Nephritis, erscheint dieselbe dem Verfasser nicht als eine blosse Coincidenz, sondern als directe Folge der Lues.

Gerhardt, C. Bemerkungen über Aortenaneurysma. Deutsche medic. Wochenschrift 24. 1897.

Unter 17 Männern mit Aortenaneurysma fand Gerhardt bei 9 = 53% Syphilis. Die Beziehungen zwischen Lues und Aortenaneurysma gewinnen dadurch an Interesse, dass letzteres und syphilitische Tracheobronchostenose nach Gerhardt öfters nebeneinander vorkommen. Wenigstens muss man der Syphilis die Rolle eines prädisponirenden Momentes zugestehen. Nach therapeutischer Richtung macht Gerhardt sehr richtig darauf aufmerksam, dass erst noch neuere Erfahrungen zu sammeln sein werden, wenn man sich nicht auf die übliche Anwendung des Jodkalium beschränken, sondern auch Quecksilbercuren zu Hilfe nimmt, wenigstens gibt M. Schmidt an, Heilungen von Aortenaneurysmen durch antisyphilitische Behandlung erzielt zu haben.

Max Joseph (Berlin).

Melle, Giovanni. Contributo alla epididimite sifilitica secondaria e gommosa. Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle. Anno XXXII, 1897. II, pag. 152, III, pag. 294, IV., pag. 401.

Melle bringt im ersten Abschnitte seiner Arbeit einen historischen Ueberblick über die Entwickelung der Lehre von der syphilitischen Hoden- und Nebenhodenerkrankung mit dem Hinweise darauf, dass Dron und Tanturi die ersten waren, welche eine syphilitische Nebenhodenerkrankung bei vollständiger Intactheit des Hodens anerkannten. In der Fortsetzung berichtet er über 8 Fälle von Epididymitis, welche theils bei Syphilitikern aufgetreten waren, welche niemals an einer Urethritis gonorrhoica gelitten hatten, theils bei solchen, welche vorher mehrfache Gonorrhoen als auf Epididymitiden oder Orchitiden gonorrhoischer Natur durchgemacht hatten, bei denen aber im Verlaufe einer Syphilis eine Neuerkrankung des Nebenhodens erfolgte. Auch die syphilitische Natur



dieser Nebenhodenerkrankungen wird aus verschiedenen Momenten, wie die Härte der Anschwellung, ihre Indolenz, ferner aus dem Sitze und aus dem Auftreten sowie aus dem Verlaufe dieser Erkrankung geschlossen und die Diagnose namentlich auch auf den Umstand aufgebaut, dass die Erkrankung nicht continuirlich, auf dem Wege des vas deferens und der Samenstränge, fortgeschritten, sondern isolirt im Nebenhoden aufgetreten ist, sowie auch aus den Erfolgen der Quecksilberbehandlung.

Im 3. Capitel bespricht Verfasser diese Erkrankung im Allgemeinen mit Berücksichtigung der von ihm selbst beobachteten 8 Fälle und behandelt zunächst die Häufigkeit derselben. Er hat unter 200 Fällen von Syphilis innerhalb 6 Monaten 16 Fälle von isolirter, vom Hoden ganz unabhängiger, Nebenhodenentzündung syphilitischer Natur gesehen und schreibt diese im Vergleiche zu anderen Autoren sehr hohe Zahl einem besonders günstigen Zufalle zu, während im Allgemeinen diese Form der Erkrankung als eine grosse Seltenheit betrachtet werden muss. Aetiologie: die Urethritis ist nach den bereits eben gemachten Angaben auszuschliessen. Die Tuberculose befällt zumeist das Caput Epididymitis, jedoch ist es oft sehr schwer auf Grund der Palpation die Differentialdiagnose zu stellen. Dagegen bilden der ganze Verlauf der Erkrankung, die Eiterung im Tumor, die Anheftung desselben an das Scrotum, die Fistelbildung mit Entleerung käsigen, bröckelige Massen enthaltenden Eiters einerseits, sowie namentlich die Wirkung jeder Jodquecksilberbehandlung sicher Kriterien für die Diagnose; der letztere Umstand fällt auch bei der Differentialdiagnose gegenüber Cysten oder malignen Tumoren in's Gewicht. Unter Symptomatologie wird erwähnt, dass die Erkrankung zumeist das Caput, seltener das Corpus oder die Cauda des Nebenhodens befällt, häufig ist die Affection beiderseitig. Die Grösse ist verschieden, erreicht jedoch keine allzu hohen Grade. Die Consistenz ist elastisch, hart, bei alten Anschwellungen knorpel- bis holzhart. Die Oberfläche ist glatt oder rauh, selbst höckerig; die Anschwellung schliesst den Hoden nie ein, ist oft sehr gut davon gesondert; bisweilen kommen zwei Anschwellungen in einem Nebenhoden vor. Zumeist ist die Anschwellung vollständig unempfindlich, die Function des ganzen Organes in der Regel nicht gestört. Bezüglich der Chronologie ist zu erwähnen, dass die Erkrankung sehr zeitlich, noch bei bestehender Sclerose, sowie auch in den später gummösen Stadien der Syphilis auftreten kann. Die Dauer der Erkrankung ist verschieden, jedoch nie sehr lange, und unter dem Einflusse der Behandlung geht die Anschwellung in einigen Tagen bis zwei Monaten zurück. Die pathologische Anatomie erörtert Verfasser an der Hand der vorhandenen Literatur. Zur Unterscheidung zwischen secundärer und tertiärer Affection ist zu beachten, dass der Tumor im secundären Stadium auf das Caput beschränkt erscheint und weniger hart ist, während er im tertiären grösser und härter ist; im secundären Stadium sind immer beide Nebenhoden ergriffen, im tertiären ist die Erkrankung gewöhnlich einseitig; jedoch muss man bei dieser Differenzirung immer auch die begleitenden übrigen Symptome der Syphilis in



Betracht ziehen. Nun folgt eine ausführliche Erörterung der Differentialdiagnose gegenüber anderen Nebenhodenerkrankungen. Die Prognose ist gut, auch in der Richtung, dass Verfasser Dron gegenüber betont, dass die Syphilisfälle, bei welchen isolirte Erkrankungen des Nebenhodens auftreten durchaus nicht immer zu den schweren Fällen zu zählen sind. Die Behandlung geschieht mit Vortheil durch eine Vereinigung einer Jod- mit einer Quecksilbercur. Zum Schlusse stellt Verfasser folgende Sätze auf: 1. Der Nebenhoden kann primär, das heisst ohne Erkrankung des Hodens von der Syphilis befallen werden, sowohl im secundären als im gummösen Stadium. 2. Diese primäre syphilitische Erkrankung des Nebenhodens besitzt eigenthümliche Charaktere, durch welche wir sie von anderen Erkrankungen des Nebenhodens unterscheiden können. 3. Ihre Indolenz und ihr schleichender und langsamer Verlauf lässt sie häufig der Wahrnehmung des Kranken und des unaufmerksamen Arztes entgehen, weshalb es bei allen Syphilisfällen nothwendig ist, die Hoden zu untersuchen. 4. Die substantielle syphilitische Nebenhodenentzündung entwickelt sich gewöhnlich im mittleren Alter von 25 Jahren. 5. Sie ist bei recenter Syphilis immer bilateral, jedoch lässt sich die Einseitigkeit derselben nicht als constante Regel für die gummöse Syphilis aufstellen. 6. Bei der secundären Syphilis sitzt der Tumor immer im Caput. Bei der gummösen Form befällt er nur manchmal das ganze Organ, welches dann eine Perlschnurform besitzen kann. 7. Bei den recenten Formen ist die Entzündung des Kopfes immer von einer ein- oder beiderseitigen Cauda begleitet, bei den gummösen Formen ist die Epididymitis der Cauda nicht constant. 8. Die gummöse Epididymitis ist in der Hälfte der Fälle von einer Deferitis gummosa unilat. begleitet. 9. Die primäre syphilitische Nebenhodenentzündung ist im gummösen Stadium häufiger (4 von 8 Fällen) als im secundären (4 von 30). 10. Deshalb darf man eben diese primäre gummöse syphilitische Nebenhodenentzündung nicht eine absolut sehr seltene Manifestation der Syphilis nennen. 11. Die substantielle Epididymitis kann als einzige Manifestation der Syphilis bestehen, ist aber in der Regel von entsprechenden anderen Symptomen begleitet. 12. Diese substantielle Epididymitis kann nicht als das Zeichen einer schweren Syphilis angesehen werden. 13. Jede Epididymitis syphilitica geht auf eine Jodquecksilberbehandlung zurück. 14. Bei jeder zweifelhaften Affection des Nebenhodens ist es immer nützlich, ja geboten, eine specifische Behandlung einzuleiten.

Theodor Spietschka (Prag).



Varia.

American Dermatological Association. Programme of the twenty-third annual meeting to be held in Philadelphia, May 30th and 31st, and June 1st 1899.

1. Address by the President . . . . Dr. J. A. Fordyce.
2. Epithelioma as a sequence of psoriasis, and the probability of its arsenical origin, ... Dr. M. B. Hartzell.
3. Imperfect or deficient urinary secretion as observed in connection with certain diseases of the skin, . . Dr. L. D. Bulkley.
4. Two epidemics of alopecia areata in an asylum for girls, . Dr. J. T. Bowen.
5. Report of a case of congenital dermatitis herpetiformis and almost complete absence of finger and toe nails, . Dr. S. Sherwell.
6. A maculo-anæsthetic lepride of the palm, ... Dr. D. W. Montgomery.
7. Report on some cases of bilateral linear nævus, or so-called nævus unius lateris, ... Dr. L. Dyer.
8. General-Discussion: The role of pus organisms in diseases of the skin. Discussion opened by Dr. G. T. Elliot, Referee and Dr. T. C. Gilchrist, Co-Referee.
9. Demonstration of ringworm and favus cultures, Dr. S. Pollitzer.
10. The sensory disorders of leprosy, ... Dr. P. A. Morrow.
11. Remarks on the treatment of scabies, ... Dr. S. Sherwell.
12. Report of the Committee on Statistics.
13. Report of the Committee on Nomenclature.
14. A contribution to the histo-pathology of epidermolysis bullosa, Dr. G. T. Elliot.
15. A contribution to the study of blastomycetic dermatitis, . . Dr. J. N. Hyde.
16. Necrotic granuloma and indurated erythema in the same subject . . . . Dr. J. C. Johnston.
17. The Association will meet in the Mütter Museum Room of the College of Physicians. There will be an exhibition of patients, drawings, photographs, microscopical preparations, etc., provided by the local Committee, Drs. H. W. Stelwagon, L. A. Duhring, A. Van Hartlingen and M. B. Hartzell.

Officers for 1898—1899: President: John A. Fordyce, New-York. Vice-President: John T. Bowen, Boston. Secretary and Treasurer: George T. Jackson, New-York.



Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis.

Bruxelles 4 septembre 1899.

I. Rapports généraux.

A. Danger social de la Syphilis. Par M. le Professeur Dr. Fournier (Paris).

B. Danger social de la Blennorrhagie. Par M. le Professeur Dr. Neisser (Breslau).

C. Quelle part revient à la prostitution dans la propagation de la Syphilis et des maladies vénériennes? Par MM. les docteurs Le Pileur et Verchère (Paris).

D. Quelle part revient, en dehors de la prostitution, aux autres modes de dissémination de la Syphilis et des maladies vénériennes? Par M. le Professeur Dr. Lassar (Berlin).

II. Rapports sur les six questions du programme.

1. Les systémes de réglementation actuellement en vigueur ont-ils eu une influence sur la fréquence et la dissémination de la Syphilis et des maladies vénériennes? Rapporteurs: Dr. Barthélemy (Paris); Dr. Blaschko (Berlin); Professeur Dr. Augagneur (Lyon).

2. L'organisation actuelle de la surveillance médicale de la prostitution est-elle susceptible d'améliorations? Rapporteurs: Professeur Dr. Finger (Vienne); Professeur Dr. Jadassohn (Berne); Professeur Dr. Fiaux (Paris).

3. Si l'on se place à un point de vue exclusivement médical, y a-t-il avantage à maintenir les maisons de tolérance ou vaut-il mieux les supprimer? Rapporteurs: Professeur Dr. Wolff (Strasbourg); Professeur Dr. Pospelow (Moscou); Dr. Hoeffel (a Bouxwiller, Alsace).

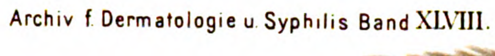
4. L'organisation administrative de la surveillance policière de la prostitution est-elle susceptible d'améliorations? Rapporteurs: Professeur Dr. Welander (Stockholm); Oberlandesgerichtsrath Schmölder (Hamm), Dr. Mireur (Marseille).

5. Par quelles mesures légales pourrait-on arriver à diminuer le nombre des femmes qui cherchent dans la prostitution leurs moyens d'existence? Rapporteurs: Professeur Dr. Neisser (Breslau); M. l'avocat Lejeune, ministre d'État (Bruxelles); Madame Bieber-Boehm (Berlin).

6. Abstraction faite de tout ce qui touche à la prostitution, quelles mesures générales y aurait il lieu de prendre pour lutter efficacement contre la propagation de la Syphilis et de maladies vénériennes? Rapporteurs: Professeur Dr. Lesser (Berlin); Prof. Dr. Kaposi (Vienne); Dr. Besnier (Paris).

Secrétaire Général: Dr. Dubois-Havenith, 19, rue du Gouvernement Provisoire, Bruxelles.





Neumann: Seltene Form von Jodexanthem etc.

K.u.k. Hoflithogr. A. Haase Prag.



Neumann: Seltene Form von Jodexanthem etc.

K.u.k. Hoflithogr. A. Haase Prag.



Fig. 1.

Fig. 2.

Neumann: Seltene Form von Jodexanthem etc.

K. u. k. Hoflith. A. Haase Prag.





Bandler: Elephantiastische Veränder. d. äusseren Genital. etc. K.u.k. Hoflithogr. A. Haase, Prag.

Begründet von H. Auspitz und F. J. Pick.

ARCHIV

für

Dermatologie und Syphilis.

Unter Mitwirkung von

Prof. M'CALL ANDERSON, Dr. ARNING, Prof. BEHREND, Dr. BESNIER, Prof. BERGH, Prof. BOECK, Prof. DUHRING, Prof. v. DÜRING, Dr. EHRMANN, Dr. ELSENBERG, Prof. EPSTEIN, Dr. FABRY, Prof. FINGER, Dr. J. GRÜNFELD, Prof. HASLUND, Prof. v. HEBRA, Prof. HALLOPEAU, Dr. C. HERXHEIMER, Dr. HOCHSINGER, Dr. HOROVITZ, Prof. JADASSOHN, Prof. JANOVSKY, Prof. JARISCH, Dr. JOSEPH, Prof. KÖBNER, Dr. KOPP, Prof. LANG, Dr. LEDERMANN, Prof. ŁUKASIEWICZ, Dr. LUSTGARTEN, Dr. du MESNIL, Prof. MRACEK, Prof. NEUMANN, Dr. OBERLÄNDER, Prof. PETERSEN, Prof. POSPELOW, J. K. PROKSCH, Prof. REDER, Prof. RIEHL, Prof. RILLE, Dr. RÓNA, Dr. O. ROSENTHAL, Dr. SCHIFF, Dr. SCHÜTZ, Dr. SCHUSTER, Dr. SCHUMACHER, Dr. SZADEK, Prof. TARNOWSKY, Dr. TOUTON, Dr. ULLMANN, Dr. VEIEL, Dr. v. WATRASZEWSKI, Prof. WELANDER, Dr. WINTERNITZ, Prof. WOLFF, Dr. v. ZEISSL

und in Gemeinschaft mit

Prof. Caspary, Königsberg; Prof. Doutrelepont, Bonn; Prof. Kaposi, Wien; Prof. Lesser, Berlin; Prof. Neisser, Breslau

herausgegeben von

Prof. F. J. Pick in Prag.

XLVIII. Band, 3. Heft.



Mit vier Tafeln.

Wien und Leipzig.
Wilhelm Braumüller,
k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.
1899.

Ausgegeben Juni 1899.

Hierzu eine Beilage der Firma Knoll & Co., Chemische Fabrik, Ludwigshafen a/Rh.

Inhalt.

Seite

Original-Abhandlungen.

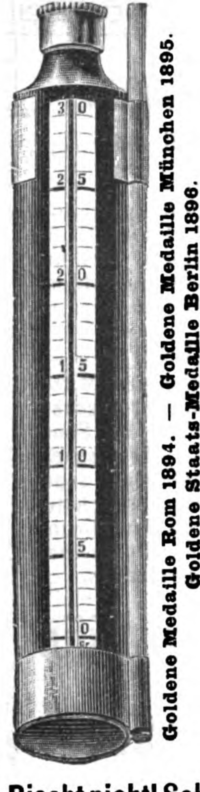
Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis.

Originalarbeiten werden von jedem der Herren Herausgeber entgegengenommen. In allen **Redactionsangelegenheiten** wolle man sich direct an Herrn **Prof. F. J. Pick** in **Prag**, Jungmannstrasse 41, wenden.

Vom **„Archiv für Dermatologie und Syphilis“** erscheinen jährlich 3—4 Bände (à 3 Hefte) mit schwarzen und farbigen Tafeln und Textabbildungen. Gr. 8°. Preis pro Band **9** fl. **60** kr. — **16** Mk.







Resorbin

ist eine milde und reizlose, wasserhaltige Fettemulsion, welche von zahlreichen ärztlichen Autoritäten erprobt, als **Salbe und Salbengrundlage** Verwendung findet und seit Jahren dem Arzneischatz aller Länder einverleibt ist.

Resorbin wirkt vermöge seines Wassergehalts als Kühlsalbe jucklindernd und entzündungswidrig.

Resorbin dringt infolge der leichten Resorbirbarkeit der Emulsion schnell und energisch, ohne besonders starke Massage in die Haut ein und hinterlässt nur einen minimalen Fettrückstand.

Resorbin ist deshalb indicirt:

1. **Wo eine Fettinfiltration der Haut erwünscht ist;**
2. **als Vehikel für die Incorporation von Medicamenten in die Haut;**
3. **zur Tiefenwirkung und Einführung von Medicamenten in den Körper.**

Resorbin lässt sich mit allen bekannten und gebräuchlichen Medikamenten und Fetten zu Salben componiren.

Quecksilber-Resorbin $33\frac{1}{3}\%$ 50%

(Ungt. hydrarg. **cinereum** c. Resorb. parat.)

Ferner

Ungt. hydrarg. **rubrum** c. Resorb. parat.

Durch Cinnober rotgefärbt. Speciell für die Fälle, wo Character der Krankheit und Medicament dem Behandelten unbekannt bleiben sollen.

Riecht nicht! Schmutzt nicht! Erfordert nur ganz geringe Massage!

Angenehme Vereinfachung des Inunctionsmodus!

In dosirten Glastuben D.R.G.M. 24925/26 à 15 und 30 g ($33\frac{1}{3}\%$ig) bezw. à 25 und 50 g (50%ig) Inhalt!

Dieselben ermöglichen es jedem Patienten, die vom Arzte verordnete Grammmenge sauber und schnell selbst zu dispensiren!

In Prof. Lassars „Derm. Zeitschrift," Band I, Heft 4, liest man: „Eine neue Art, Salben zu dosiren, geht von der Actien-Gesellschaft für Anilinfabrikation aus. Dieselbe vertreibt ihre Resorbinsalben in tarirten Glascylindern. Ein Stempel schiebt den Inhalt laut angebrachter Skala grammweise heraus; der zurückbleibende Rest ist vor jeder Verunreinigung geschützt und das Verfahren muss als originell und praktisch bezeichnet werden."

Verordnung: Ad tubam graduatam!

Zu beziehen durch die Apotheken. — Literatur und Proben auf Wunsch gratis!

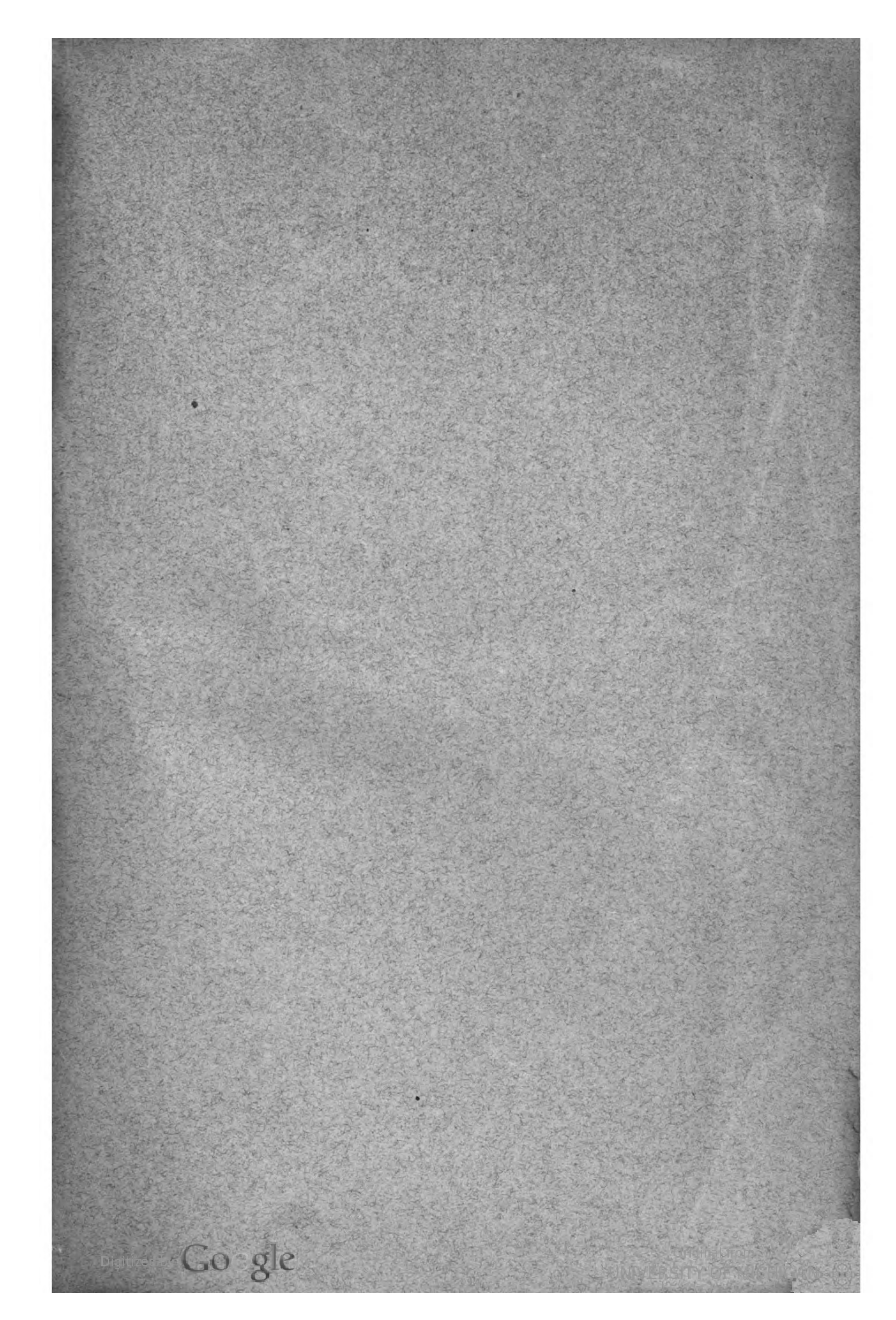
Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

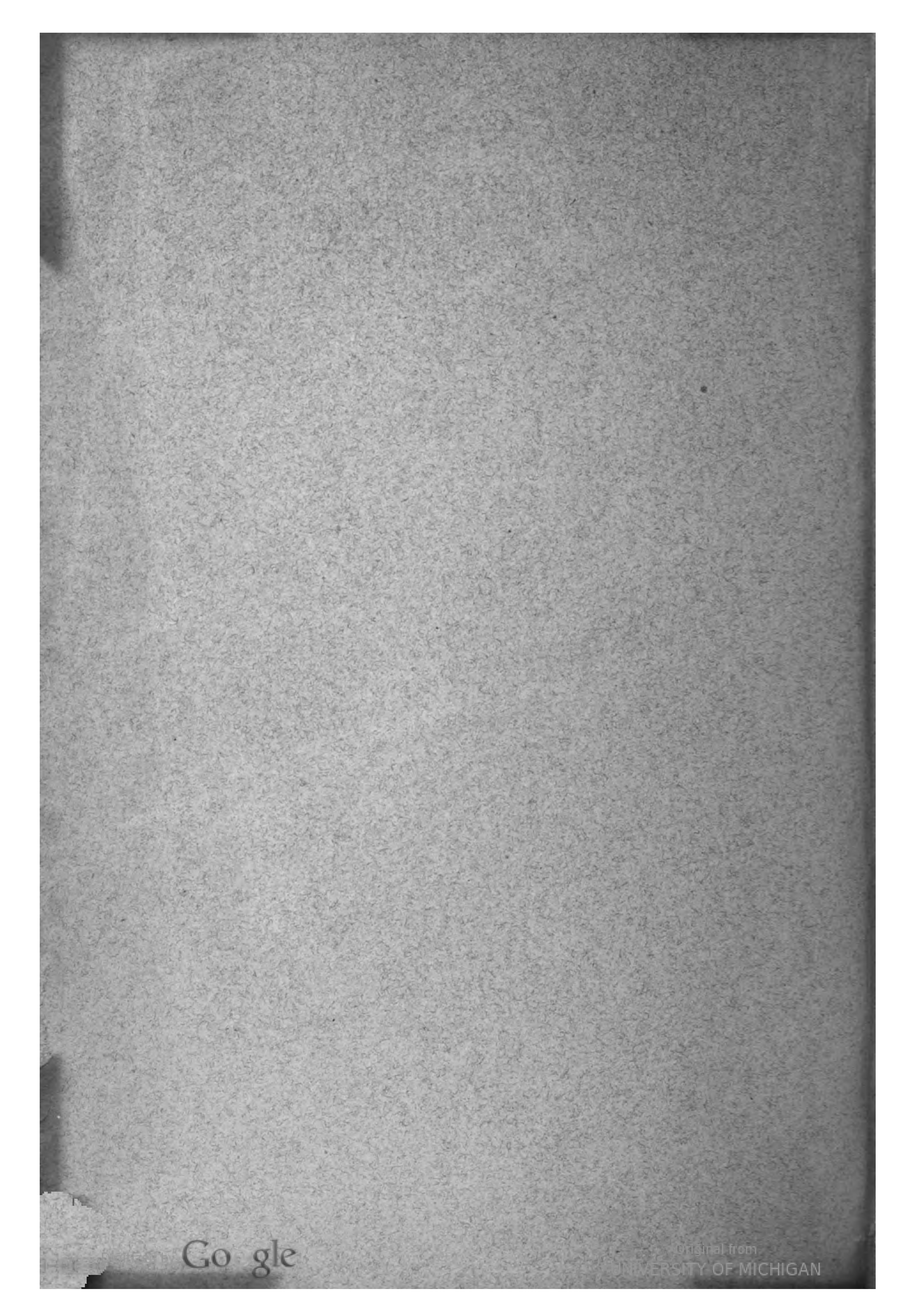
Pharm. Abth.

Berlin SO. 36.



K. u. k. Hofbuchdruckerei A. Haase, Prag.






UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07293 6076



